

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Gestão de Unidades de saúde  
Unidade Curricular: Relatório de Estágio  
Orientadora: Professora Graça Gama Pereira

# **CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DIABETES MELLITUS EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Maria Manuela de Sena Carita Gomes Macedo

**Outubro**  
**2016**

**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**

4ª Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Gestão de Unidades de saúde  
Unidade Curricular: Relatório de Estágio  
Orientadora: Professora Graça Gama Pereira

**CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DIABETES  
MELLITUS EM CONTEXTO  
HOSPITALAR**

Maria Manuela de Sena Carita Gomes Macedo

**Outubro**  
**2016**

***“ A diabetes é uma doença  
devastadora mas o seu impacto  
pode ser reduzido mediante uma  
gestão adequado, por parte  
da equipa de profissionais de saúde,  
com prestação de cuidados  
individualizados à pessoa  
com diabetes”***

***Professor Doutor  
José Silva Nunes***

## **Agradecimentos**

Ao chegar à última etapa deste meu percurso académico, não posso deixar de agradecer, a todos aqueles que o tornaram possível.

À Professora Graça Gama Pereira, orientadora deste estudo, pelo seu apoio, disponibilidade, incentivo, crítica e partilha, em todas as fases do decurso deste relatório.

À Enfermeira/o chefe do serviço de consultas externas, quer ao anterior, quer a atual, pois sempre mostraram disponibilidade para que se pudesse viabilizar a consulta de enfermagem da diabetes.

À equipa de Medicina que sempre mostrou muita abertura às atividades que foram criadas para serem tidas em conta no decorrer da consulta, bem como o estabelecimento de uma parceria saudável.

Ao meu marido José, pela sua paciência, apoio e incentivo constantes.

Às minhas filhas Sónia, Ana e ao meu filho João, que sentiram por vezes a minha não disponibilidade, quando por vezes precisavam da mesma.

Finalmente às minhas colegas Helena e Rute, amigas e companheiras desta demanda, sem as quais com os seus conselhos e trocas de ideias, esta árdua jornada não seria possível.

A todos eles agradeço e guardo um cantinho no meu “coração”.

## **Resumo**

O relatório alusivo ao estágio desenvolvido no Serviço de Consultas Externas do Hospital Dr. José Maria Grande (ULSNA\_EPE) no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Gestão de Unidades de Saúde da Escola Superior de Saúde de Portalegre, que pretende descrever e analisar as atividades desenvolvidas no decurso da implementação de uma Consulta de Enfermagem na área da diabetes.

A Diabetes *Mellitus* faz parte do grupo de doenças crónicas não transmissíveis, que ao longo dos anos, tem mantido um aumento constante da sua prevalência a nível mundial, constituindo um desafio a ter em conta pelos governos, sociedades e sistemas de saúde. Nesse sentido, todos temos de nos conjugar de modo a darmos o nosso contributo, de forma a combater esta epidemia. Os governos ao longo dos anos têm em conjunto delineado estratégias em termos da elaboração de diretrizes e planos no combate da mesma.

Sendo que o primeiro passo a ter em conta deverá ser o de promoção de saúde, de modo a passarmos cada vez menos às ações que reportam, à atuação em termos da diabetes instalada, no sentido de evitar ou minorar o aparecimento de complicações, com todas incapacidades, morbilidades e mortalidade prematura.

Fazendo parte das últimas indicações por parte do Ministério da Saúde, no decurso das últimas decisões a nível da Europa no que concerne ao flagelo da Diabetes *Mellitus*, este relatório de estágio visa a implementação da consulta de enfermagem em contexto hospitalar, no sentido incentivar o utente a fomentar e aceitar ser participativo no seu autocuidado, pois ele é o seu melhor aliado, no retardar ou combater as complicações que o podem acometer.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*, consulta de enfermagem, autocuidado, educação, utente, prevalência, qualidade de vida.

## **Abstract**

The report on the internship developed at Hospital Outpatient Services Dr. José Maria Grande (ULSNA-EPE) under the Master of Health Services Management at the Health School of Portalegre, which aims to describe and analyze the activities during the implementation of a nursing appointment in the diabetes area.

Diabetes Mellitus forms part of the group of chronic non-communicable diseases, which over the years has maintained a steady increase in its prevalence in the world, it is a challenge to take by governments, societies and health systems. Therefore, we all have to join in order to give our contribution to fight this epidemic. Governments over the years have jointly outlined strategies for the development of guidelines and plans to fight this disease.

Given that the first step to take should be the health promotion in order to decrease the actions relating to the effects of this disease after it is installed, to prevent or reduce the incidence of complications, with all disabilities, morbidities and premature mortality.

As part of the latest statements by the ministry of health, during the last decisions concerning European in regard to the scourge of Diabetes Mellitus, this internship report aims to implement the nursing appointment in the hospital context, in order to encourage the user to promote and accept in being participative in his self-care, for it is his best ally to delay or fight the complications that can result.

**Keywords:** Diabetes Mellitus, nursing consultation, self-care, education, user, prevalence, quality of life.

## **Abreviaturas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
ADO – Antidiabéticos Orais  
AGJ – Alteração da Glicémia em Jejum  
APDP – Associação Protetora Diabetes Portugal  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
CA – Conselho Administração  
CAD – Cetoacidose Diabética  
CED – Consulta Enfermagem Diabetes  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DG – Diabetes Gestacional  
DGS – Direcção Geral de Saúde  
DM – Diabetes *Mellitus*  
DMID – Diabetes *Mellitus* Insulinodependentes  
DMNID Diabetes *Mellitus* Não Insulinodependentes  
EAM – Enfarte Agudo do Miocardio  
FID – Federação Internacional Diabetes  
HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande  
HSL – Hospital Santa Luzia  
IM – Intramuscular  
IMC – Índice de Massa Corporal  
INEM – Instituto Nacional de Emergências Médicas  
MS – Ministério da Saúde  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OND – Observatório Nacional da Diabetes.  
PAIDM – Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus  
PNPD – Programa Nacional Prevenção Diabetes  
PRDT – Projeto Retinopatia Diabética  
PTGO – Prova de Tolerância Glicose  
QV – Qualidade de Vida  
RD – Retinopatia Diabética  
RDNP – Retinopatia Diabética Não Proliferativa

RDP – Retinopatia Diabética Proliferativa

SBD – Sociedade Brasileira Diabetes

SC – Subcutânea

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa Diabetes

TDG – Tolerância Diminuída à Glicose

UCFD – Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes

UID – Unidade Integrada da Diabetes

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

WHO – World Health Organization



## Índice

INTRODUÇÃO .....	14
1 – A DIABETES MELLITUS .....	18
1.1– HISTÓRIA DA DIABETES .....	18
1.2 – DEFINIÇÃO, DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA DIABETES .....	20
1.3 – COMPLICAÇÕES DA DIABETES .....	26
1.4 – TRATAMENTO DA DIABETES .....	37
1.5 – DIMENSÃO DO PROBLEMA .....	44
2 – O ENFERMEIRO E A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA DIABETES, IMPLICAÇÕES NO AUTOCUIDADO E QUALIDADE DE VIDA .....	53
3 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	62
3.1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	62
3.2 – POPULAÇÃO ALVO.....	63
4 – PLANEAMENTO EM SAÚDE NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA DIABETES MELLITUS.....	65
4.1 – DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO.....	65
4.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	67
4.3 – FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS .....	68
4.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	70
4.5 – ELABORAÇÃO DE PROJETOS E PROGRAMAS.....	71
4.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO .....	72
4.7 – EXECUÇÃO .....	74
4.8 – AVALIAÇÃO .....	79
5 – ANÁLISE CRÍTICA.....	82
CONCLUSÃO .....	84
BIBLIOGRAFIA.....	86
APÊNDICES.....	93
APÊNDICE I – Fluxograma de referência para a Consulta de Diabetes a nível hospitalar ....	94
APÊNDICE II – Projeto de Estágio .....	96
APÊNDICE III – Ficha de consulta de Enfermagem – 1ª consulta .....	126
APÊNDICE IV – Consulta de Enfermagem - seguinte.....	129
APÊNDICE V – Ficha de avaliação do Pé diabético.....	132

APÊNDICE VI – Folheto da Diabetes .....	135
Apêndice VII – Folheto de Controle da diabetes .....	138
APÊNDICE VIII – Folheto de Administração de insulina .....	141
APÊNDICE IX – Folheto de Cuidado com os pés.....	144
APÊNDICE X – Folheto se alimentação .....	147
APÊNDICE XI – Panfleto Exercício físico .....	150
ANEXO.....	153
ANEXO I – Fases do Planeamento em Saúde .....	154

## **Índice de tabelas**

Tabela 1 – Internamentos por Diabetes e suas complicações.....	48
Tabela 2 – Distribuição regional dos internamentos por Descompensação/complicação a nível do Pé diabético. ....	49
Tabela 3 – Diabetes - Cuidados de Saúde Primários.....	49
Tabela 4 – Diabetes - Custos Associados.....	50
Tabela 5 – Inscritos com Diabetes Mellitus .....	51
Tabela 2 – Diabetes - Alguns Indicadores.....	52

## **Índice de gráficos**

Gráfico 1 – Utentes inscritos com Diabetes insulín dependentes segundo a faixa etária e sexo .....	51
Gráfico 2 – Utentes inscritos com Diabetes não insulín dependentes segundo a faixa etária e sexo .....	52

## **Índice de figuras**

Figura 1 – Mecanismos etiopatogénicos da diabetes tipo 2 .....	24
Figura 2 – Complicações da diabetes .....	26
Figura 3 – Esquema de atuação na hipoglicémia .....	28
Figura 4 – Fatores responsáveis pelo desenvolvimento do Pé diabético.....	35
Figura 5 – Patogénese do pé diabético .....	36
Figura 6 – Tríade da Terapêutica da Diabetes .....	38

## **Índice de quadros**

Quadro 1 – Antidiabéticos orais e suas propriedades.....	42
Quadro 2 – Tipos de insulinas e suas propriedades.....	43

## **INTRODUÇÃO**

A elaboração do presente relatório surge inserido na Unidade Curricular Estágio e Relatório, do 2º ano do 1º semestre, integrado no 4º Mestrado em Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Portalegre, e visa descrever as atividades que foram desenvolvidas no decurso do estágio que decorreu no serviço de consultas externas do Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre, e o culminar do mesmo com toda a teoria envolvente sobre a temática da Consulta de Enfermagem de Diabetes, procurando possíveis pontes e hiatos entre as duas vertentes.

O estágio foi realizado em contexto de trabalho e decorreu no período temporal entre 1/11/2015 a 30/4/2016, sob a orientação da Professora Graça Gama Pereira, professora coordenadora na Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre, mestre em investigação de Ciências da Saúde, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

A escolha do tema bem como o local e área a analisar, foram opção da mestranda, resultando da conjugação de duas vertentes, por um lado a formação e o interesse dentro da área da Diabetes, por outro a nomeação como parte integrante, conjuntamente com outros profissionais de Saúde, da Unidade Integrada da Diabetes.

Com a elaboração deste relatório pretende-se, fazer uma descrição do processamento de todo o estágio, como resposta à apresentação do anterior projeto de estágio, sendo que nessa perspetiva, podemos considerar como objetivo fulcral:

- Descrever, analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas em contexto do estágio efetuado, referente à implementação da consulta de enfermagem na área da Diabetes em contexto hospitalar.

Como objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos teórico-práticos e desenvolver pensamento crítico para uma melhor atuação.
- Planear intervenções de enfermagem junto dos utentes diabéticos
- Desenvolver intervenções práticas no âmbito do estágio e posteriormente refletir e analisar cada intervenção, não só na evolução do utente, como na atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem

A diabetes é uma doença crónica que tem aumentado ao longo dos anos, tornando-se um desafio constante para a sociedade e para os Sistemas de Saúde dos países, não sendo Portugal uma exceção, face a esta situação, o governo do nosso País tem participado nos programas e ações que ao longo dos anos têm vindo a sofrer alterações, no sentido da redução em termos da sua prevalência e complicações, bem como promover a sua prevenção. Portugal em “1989 assinou a Declaração de *St. Vincent*, comprometendo-se a (...) reduzir as principais complicações da diabetes: cegueira, amputações *major* dos membros inferiores, insuficiência renal terminal e doença coronária” (DGS-PNPD, 2008:5), tendo posteriormente integrado todas as medidas que ao longo dos anos têm sido implementadas.

A criação das UID, que se deve às diretrizes que surgiram no decurso das últimas Resoluções do Parlamento Europeu e que foram promulgadas no Diário da Republica 2ª serie – Nº 40 de 26 de fevereiro de 2013 do Despacho nº 3052/2013 que promove a criação das Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes (UCFD), a criação de consultas autónomas de diabetes nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a criação de Unidades Integradas de Diabetes (UID) nos hospitais, com a elaboração de um “*modelo organizacional da prestação de cuidados especializados, que se preconiza com a criação destas Unidades, pretende melhorar as medidas de prevenção e controlo da diabetes, através da promoção da articulação entre os diversos níveis de cuidados, da promoção da multidisciplinaridade e da participação de todas as instituições (...)*”(MS, 2013:7528).

Pelo que, fazendo o somatório da criação das UID com a sua equipa multidisciplinar, bem como a necessidade já percecionada de se desenvolverem consultas na área de enfermagem em diversas especialidades a nível do Serviço de Consultas, procedeu-se assim com vista ao Estágio/relatório à implementação e intervenção da Consulta de Enfermagem de Diabetes *Mellitus* em Contexto Hospitalar e é o término da elaboração de um projeto prévio dentro desta temática

A Consulta de Enfermagem está direcionada para a pessoa com diabetes *mellitus*, no sentido de que esta consiga viver melhor com a sua condição crónica, que percecione de quais as complicações e risco que lhe estão associados, que adquira uma maior autonomia. Ou seja, a criação desta consulta tem por objetivo promover o autocuidado do individuo em relação à sua doença de modo a que consiga estar o mais possível de bem com a vida.

Com a elaboração deste relatório, dá-se por terminado o percurso curricular deste mestrado e é ele que vai permitir a avaliação final da mestranda. Durante o desenvolvimento do mesmo ir-se-á descrevendo todos os passos que foram dados num percurso que está longe de acabar e se nos quisermos envolver com alma e coração, ainda se tem pela frente um



grande caminho, pois como sabemos a diabetes é uma doença crónica em grande expansão com todas as suas complicações e requer um trabalho contínuo.

Este relatório organiza-se em dois grandes grupos constituídos por um enquadramento teórico e por um enquadramento prático. Também foram tidas em conta duas estratégias uma pesquisa bibliográfica mais concentrada na primeira parte e pelo Planeamento em Saúde numa segunda parte mas que estão relacionadas entre si, formando um todo. Assim:

- a primeira parte reporta-se ao enquadramento teórico que resulta de uma pesquisa bibliográfica, constituída por dois capítulos. No primeiro capítulo faz-se uma abordagem a diabetes *mellitus*, referindo a sua: origem, definição, classificação, diagnóstico, tratamento, complicações e epidemiologia e impacto social, No segundo capítulo faz-se referência à Consulta de enfermagem.

- a segunda parte reporta-se ao enquadramento prático, constituída por dois capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à contextualização do local de estágio, onde se procederá à caracterização do mesmo e à respetiva população alvo. No segundo capítulo faz-se uma abordagem a todas as atividades desenvolvidas durante o período de estágio no que concerne ao planeamento em saúde.

Em jeito de finalização procederemos à análise crítica e à conclusão que pode-se dizer que é o culminar entre a parte teórica e prática, e as relações que daí retiramos.

## I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1 – A DIABETES MELLITUS

“Em teoria, todos sabem o que é a diabetes. É uma doença frequente, que já deixou marcas dramáticas em muitas famílias e que está, exageradamente, associada ao consumo excessivo de açúcar. Mas, na prática, há ainda muitas ideias pouco claras sobre o que é esta doença, as suas causas e os seus sintomas” (Letria & Saraiva, 2010:18).

### 1.1– HISTÓRIA DA DIABETES

A diabetes é uma doença tão antiga quanto a humanidade, com uma certa componente hereditária e influenciável pelos estilos de vida. Segundo Carvalheiro esta “é uma doença com um longo passado histórico, uma vez que existem referências sobre a mesma desde 1500 a.C., num papiro Egípcio da época – conhecido pelo “Papiro de Ebers”, e era referida como uma doença, até então desconhecida, que induzia rápida perda de peso e poliúria” (2011:327).

O termo diabetes tem a sua origem na Grécia Antiga, onde “a polidipsia e a poliúria levaram à analogia com aqueduto ou sifão, ambos em grego chamados “diabetes” e, assim, no século II antes de Cristo, Demétrio de Apamea deu-lhe o nome e Apolónio de Menfis definiu-a como uma doença (...)” (Lisboa 2002:1). Assim, “Os Gregos entenderam a diabetes como um defeito do nosso organismo que possibilitava a passagem de líquidos pelo nosso corpo sem que este tivesse a capacidade para o reter. Verificaram que os diabéticos bebiam muitos líquidos quando descompensados e urinavam muito devido a essa incapacidade” (APDP, 2009:2).

Ainda segundo Carvalheiro, “ O médico grego Aretaeus da Capadócia (30-90 d.C.) fez uma descrição exaustiva de uma doença rara entre os humanos cujos sintomas dominantes eram a perda de peso e, principalmente, a poliúria e polidipsia” (2011:327). Como refere Lisboa (2002), citando Areatheus: “*como se a carne e os membros se fundissem e desfizessem em urina...*”. “São a lipólise e a miólise hoje bem reconhecidas como resultantes da insulinopenia e a consequência inevitável do balanço energético negativo da diabetes descompensada” (Lisboa, 2002:2).

Denotar que em termos do friso cronológico podemos referenciar que anterior a esta linha histórica a Medicina Indiana também identificou esta doença fazendo referências aos seus sintomas. Avicena (980-1037), médico árabe, fez a ligação entre a situação clínica e o aparecimento de gangrena (Lisboa, 2002).

Temos depois um período da história (Idade Média) a nível da Europa em que não se denota referências sobre a mesma. Só no séc. XVII com Thomas Willis (1621-1675), este confirmou a existência de glicose na urina, ao observar um carreiro de formigas que se dirigiam para um bacio, de uma doente diabética, provou essa mesma urina, denotando que esta era doce (Lisboa, 2002). Pelo que, “atitudes terapêuticas referentes à restrição dos açúcares começaram a desenvolver-se com base neste racional” (Carvalheiro, 2011:327). Foi com Cullan (1710-1790), que surge assim a palavra Mellitus, que teve a sua origem no latim, sendo o seu significado de “com sabor a mel” (Lisboa, 2002).

Em meados do Séc. XIX, duas entidades surgem como focos de referência em relação à diabetes: Claude Bernard (1813-1878) e Apolline Bouchardat (1806-1886). Bouchardat foi considerado pelos seus pares e doentes um dos primeiros diabetologistas, sendo dos primeiros a situar o pâncreas como fonte da diabetes e uma figura relevante na época no âmbito do tratamento (autocontrolo da diabetes) e diagnóstico ao introduzir a automonitorização da glicose na urina (Lisboa, 2002).

A um dado período da história, progressivamente, realizaram-se várias descobertas, Langerhans (1847-1888), descobriu que um grupo de células no pâncreas (ilhéus de Langerhans), das quais fazem parte as células  $\beta$ , responsáveis pela produção de insulina. Minkowsky (1858-1931), em 1889, experimentalmente provocou diabetes em cães, através da remoção cirúrgica do pâncreas dos mesmos. Tendo assim conseguido a correlação entre ambas, permitindo um melhor conhecimento da diabetes, faltando no entanto compreender qual o princípio ativo produzido pelo pâncreas (Carvalheiro, 2011).

Por volta do ano de 1921, deu-se um grande avanço “quando os canadianos Frederick Banting e Charles Best conseguiram um preparado que continha insulina, o qual, quando administrado a um cão diabético, produzia uma rápida correção da hiperglicemia. Sensivelmente na mesma altura, um romeno, Paulesco, chegou às mesmas conclusões.” (APDP, 2009:2). Tendo sido experimentada, em 1922 pela primeira vez num ser humano (Leonard Thompson, diabético com a idade de 14 anos), o extrato hormonal elaborado por James Collip chegou-se à conclusão que a diabetes era devida à falência da secreção de insulina e que, ao fazer a sua administração se poderia visualizar a recuperação física dos utentes (Carvalheiro, 2011). Foi a partir dessa época, que se conseguiu melhorar as técnicas de preparo, a ponto de poder extrair grandes quantidades de insulina e, com o crescendo da necessidade da mesma, estabeleceram-se parcerias de modo a uma produção (industrial) em maior escala e com uma insulina mais pura.

Há que referenciar, em Portugal no ano de 1926, a criação da primeira associação para diabéticos a nível mundial por parte do Dr. Ernesto Roma, a Associação Protetora dos Diabéticos Pobres (APDP, 2009). Atualmente denominada Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal e que este ano celebra 90 anos.

Posteriormente, em 1935, foi denotado a existência da diabetes tipo 1, denominada na altura de “insulino sensível”, e a diabetes tipo 2 ou “insulino insensível”, tendo contribuído par um melhor entendimento da doença. Para estes últimos, em 1955, foram pela primeira vez sintetizados fármacos orais, com efeitos hipoglicemiantes (Carvalho, 2011).

Nos últimos tempos, foram-se desenvolvendo constantemente novas terapêuticas (orais e injetáveis) e seus derivados, bem como medidores para avaliação dos valores de glicémias, administração de insulinas, ou seja, o objetivo deixou de ser só o de proteger o utente da descompensação aguda da sua diabetes e da cetoacidose, mas passou a ser tido em conta a prevenção das complicações tardias que podem advir dessa doença e proporcionar cada vez mais, uma melhor qualidade de vida ao utente diabético.

## 1.2 – DEFINIÇÃO, DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA DIABETES

A diabetes *mellitus* constitui uma doença crónica caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue, sendo que a quantidade de glicose no sangue se denomina por glicémia, quando os valores da mesma estão aumentados, chama-se hiperglicemia. Trata-se de uma doença abrangente a nível mundial e sempre a aumentar, é uma das principais síndromes de evolução crónica que afetam o homem moderno independentemente da sua idade, localização geográfica e condição social.

A “diabetes *mellitus*, designada genericamente de diabetes, resulta da deficiência, absoluta ou relativa, de insulina, consequente à ineficiência da sua ação a nível dos tecidos, da deficiência da sua secreção ou de ambas.” (Rosa, 2011:11). A insulina é uma hormona anabólica, produzida pelas células  $\beta$  dos Ilhéus de Langerhans do pâncreas, em resposta à ingestão de alimentos, que têm como função disponibilizar a glicose às células, através de um processo neuro-hormonal complexo. É uma doença, em que o organismo não possui capacidade para manter os níveis de glicose que são considerados normais na corrente sanguínea, ou seja, não apresenta uma glicémia capilar em jejum, com valores que se situam entre 70 e 100 mg/dl.

A sua carência ou ação insuficiente leva a que não exista em correto aproveitamento das principais fontes de energia do nosso organismo. Assim, “o termo diabetes *mellitus* descreve

uma desordem metabólica de etiologia múltipla caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas.” (SPD, 2015:s/p). “Esta hiperglicemia crónica é, por sua vez, responsável, ao longo do tempo, pelo aparecimento das lesões dos ‘órgãos alvo’, em particular a Microangiopatia.” (Lisboa & Duarte, 2002:25).

O diagnóstico da diabetes muitas vezes é “ sugerido pela presença de sintomas como: aumento de sede e do volume urinário, infecções recorrentes, perda de peso inexplicável e, em casos graves, sonolência e coma. Estão, geralmente, presentes níveis elevados de glicosúria. ” (SPD, 2015 s/p). Para além dos sintomas, de polidipsia, polifagia, poliúria; perda de peso, perda de forças, entre outros, a confirmação advém da execução de análises de sangue. Outras vezes a pessoa não apresenta qualquer um dos sintomas e o diagnóstico é feito através de exames analíticos efetuados.

Segundo os critérios da ADA (2016), para que a pessoa possa obter um diagnóstico de diabetes, passa por apresentar:

- Glicémia jejum  $\geq$  a 126mg/dl (o jejum é definido como a ausência de ingestão calórica de pelo menos 8 h); *ou*
- Glicémia  $\geq$  de 200mg/dl, 2 horas após a ingestão 75g de glicose (teste oral de tolerância à glicose – POTG); *ou*
- Hemoglobina glicada A1c (HbA1c)  $\geq$  6,5, teste elaborado em laboratórios certificados (a percentagem de HbA1c, representa os níveis de glicose apresentado nos últimos 2 a 3 meses, e é um bom indicador do controlo;
- Glicémia ao acaso (qualquer horário do dia)  $\geq$  200md/dl, em utentes com os sintomas clássicos da diabetes.

Salvaguardando que, ao se fazer o diagnóstico da Diabetes numa pessoa assintomática este não deve ser realizado apenas com base num único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, devendo ser confirmado numa segunda análise, após uma a duas semanas.

Segundo a Direção Geral Saúde (DGS) “é aconselhável usar um só parâmetro para o diagnóstico de diabetes. No entanto, se houver avaliação simultânea de glicemia de jejum e de HbA1c, se ambos forem valores de diagnóstico, este fica confirmado, mas se um for discordante, o parâmetro anormal deve ser repetido numa segunda análise” (2011:1).

Diabetes Gestacional, o seu diagnóstico, faz-se mediante a avaliação da glicémia em jejum tendo em conta os seguintes valores:

1. Glicemia jejum  $\geq$  92 mg/dl e  $<$ 126 mg/dl – Diagnosticar como DG;
2. Glicemia jejum  $<$ 92 mg/dl – Rastrear DG às 24-28 semanas

3. Glicemia jejum  $\geq 126$  mg/dl ou ocasional  $> 200$  mg/dl + confirmação ou HbA1c  $\geq 6,5\%$  – Tratar e seguir como existência de uma Diabetes prévia (Dores *et al*, 2011).

No que diz respeito aos valores parametrizados na obtenção do diagnóstico de hiperglicemia intermédia ou identificação de categorias de risco aumentado para diabetes, são eles:

- a) Anomalia da Glicemia de Jejum (AGJ): glicemia de jejum  $\geq 110$  e  $< 126$  mg/dl;
- b) Tolerância Diminuída à Glicose (TDG): glicemia às 2 horas na PTGO  $\geq 140$  e  $200$  mg/dl.” (DGS, 2011).

A classificação da diabetes passou por diferentes nomenclaturas, desde 1980, data em que foram criadas as primeiras classificações, sendo que ao longo dos anos foi alterando a sua denominação, até à atual classificação. Dado que a fisiopatologia da diabetes é bastante complexa, visto que envolve fatores genéticos e ambientais, e difere consoante o tipo de diabetes, a classificação estabelece a existência de quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos:

### Diabetes Tipo 1

Tendo sido anteriormente denominado de diabetes *mellitus* insulino dependentes (DMID), Diabetes juvenil ou com início na infância, pois este tipo de diabetes surge frequentemente nesses grupos de facha etária. A DM tipo 1 “(...) representa cerca de 5-10 % de todos os casos de diabetes e resulta da destruição das células pancreáticas com deficiência absoluta de insulina” (Rosas, 2011: 13). Na diabetes tipo 1, pode haver uma perda total da produção de insulina, devido a um processo de destruição das células  $\beta$  do pâncreas, levando a que sem esta hormona a glucose não consiga ser sintetizada, permanecendo no sangue e dando assim origem a hiperglicemias (açúcar elevado no sangue), pelo que a insulino terapia é indispensável para assegurar a sobrevivência do utente. “Nesta categoria etiopatogénica incluem-se dois grupos de indivíduos: aqueles com evidência serológica do processo auto-imune (diabetes *mellitus* tipo 1 A ou auto-imune) e os sem essa evidência (diabetes *mellitus* tipo 1 B ou idiopática)” (Costa, 2011:17).

- Diabetes *Mellitus* tipo 1 - Autoimune, isto é, as células  $\beta$ , são destruídas em função do resultado de um processo autoimune, “sendo identificáveis marcadores da destruição imunológica das células beta (anticorpos anti-ilhéus, anticorpos anti-insulina, anticorpos anti-descarboxilase do ácido glutâmico-GDA, anticorpos anti-fosfatase da tirosina IA-2 e IA-2B) em 85% a 90% dos doentes, quando do diagnóstico” (Rosas, 2011:12). Segundo Gross; et al

(2001) na diabetes tipo 1 autoimune instala-se normalmente de uma forma abrupta, pelo que o indivíduo que apresenta este quadro patológico muitas vezes pode identificar a data de início dos sintomas.

- Diabetes *Mellitus* tipo 1 – Idiopática, não há evidência da existência de processo autoimune, para a destruição das células beta. “Nestes casos a etiologia é ainda desconhecida (...)” (Lisboa e Duarte, 2002:34).

Na diabetes tipo 1 além de todos os sintomas que nos referimos anteriormente, a presença de cetoacidose é a expressão máxima do grau de deficiência de insulina.

Este tipo de diabetes comum na faixa etária já referida, pode aparecer noutras idades. Segundo a FID (2014), o número de pessoas que desenvolvem diabetes tipo 1 está a aumentar, sendo que as causas para tal ainda não estão claras, podendo no entanto dever-se a mudanças nos fatores de risco ambiental, no início da vida no útero, a dieta nos primeiros anos de vida, ou infeções virais.

## Diabetes Tipo 2

Também anteriormente denominada de diabetes *mellitus* não insulino dependentes (DMNID), é a mais comum, ocorre normalmente nos adultos, no entanto, tende nos últimos anos a aumentar o seu aparecimento em adolescentes e crianças, com hábitos de vida pouco saudáveis.

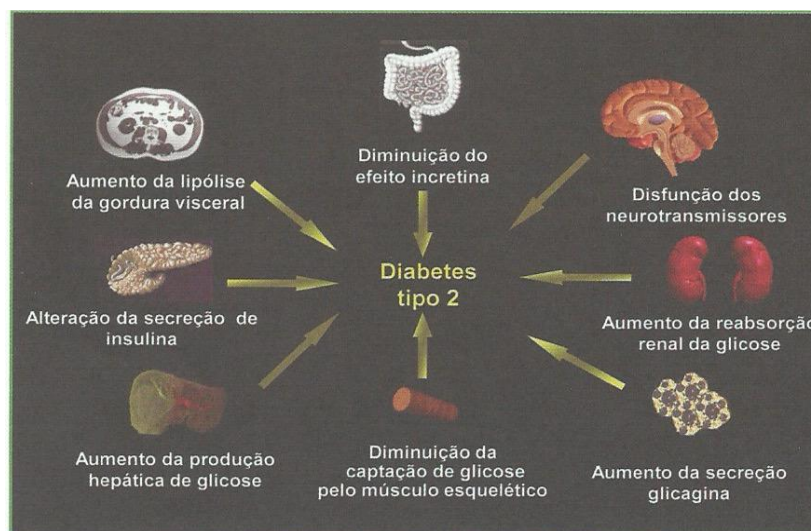
“ Este tipo de diabetes representa cerca de 90-95% de todos os casos de diabetes. Muitos destes doentes são obesos e a insulinoresistência representa o factor etiopatogénico primordial a que acresce, durante o desenvolvimento da doença, a falência da célula ” (Rosas, 2011:14). Ou seja, o pâncreas, neste tipo de diabetes, consegue produzir uma insulina, mas devido aos hábitos de vida (excessos alimentares, sedentarismo, que leva muitas vezes à acumulação de tecido adiposo, principalmente abdominal), “tornam o organismo resistente à acção da insulina (insulinoresistência), obrigando o pâncreas a trabalhar mais (e mais), até que a insulina que produz deixa de ser suficiente. É nessa altura que surge a diabetes” (APDP, 2009: 6).

“A fisiopatologia da diabetes tipo 2 é multifatorial, envolvendo vários mecanismos genéticos e ambientais e que incluem a diminuição da sensibilidade à insulina nos tecidos periféricos, a alteração da secreção pancreática de insulina (disfunção das células beta), a secreção inapropriada de glucagon (disfunção das células alfa) com aumento da sensibilidade hepática a essa hormona, alterações no chamado efeito incretina, uma importante associação com a obesidade e a acumulação da gordura



visceral com alteração do metabolismo da gordura e aumento da lipólise, disfunção de neurotransmissores e finalmente aumento da reabsorção renal da glicose” (Hafe, 2015: 15).

Figura 2 – Mecanismos etiopatogénicos da diabetes tipo 2



(Fonte: Hafe, 2015:16)

A evolução desta doença é silenciosa e lenta permanecendo muitas vezes sem sintomas, na sua maioria esta é diagnosticada frequentemente através de exames de rotina, estas pessoas já apresentam esta patologia há vários anos, com todas as possibilidades da existência de complicações. Além da diabetes estar associada à obesidade, esta é muitas vezes coadjuvante à presença de hipertensão arterial, dislipidémia e hipertrigliceridemia.

Neste tipo de diabetes também se pode considerar como fatores de risco para o desenvolvimento da mesma a: idade avançada, os antecedentes familiares de diabetes e a diabetes gestacional, além dos outros já referenciados anteriormente. Todo este conjunto associado ao desenvolvimento económico, está implicitamente ligado ao crescimento a nível mundial do número de pessoas com diabetes tipo 2.

### Diabetes Gestacional

Define-se como “qualquer grau de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detectado pela primeira vez no decurso da gravidez” (Dora, 2011). É “um estado de hiperglicemia, menos severo que a diabetes tipo 1 e 2, detetado pela primeira vez na gravidez” (MS, 2013:29).

Como refere Simões *et al*, (2013), durante o período da gravidez existem alterações a nível do metabolismo da glicose, como seja o aumento dos níveis séricos de insulina e da

resistência à insulina. Com o aumento dos níveis de produção de hormonas próprias da gravidez, nomeadamente gonadotrofina coriónica (hCG), estradiol, prolactina, lactogénio placentário humano, cortisol, progesterona e da produção placentar de várias hormonas diabetogénicas, lactogénio placentário humano (hPL), existe uma interferência com a insulina fisiológica produzida, afetando os mecanismos intracelulares de resposta à mesma e, conseqüentemente, diminuem a captação de glicose mediada pela insulina principalmente a nível do músculo-esquelético e adipócito.

“Apesar de a DG ser uma condição transitória, as implicações a longo prazo são importantes, uma vez que uma mulher com diagnóstico de DG tem 60-70% de risco de desenvolvimento de DG em gravidezes subsequentes e 25-75% de desenvolver diabetes Mellitus no futuro” (Simões *et al*, 2013:22)

### **Outros tipos específicos de diabetes**

Existem outros tipos que são mais raros, e podem resultar de, defeitos genéticos da função das células, defeitos genéticos da ação insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infeções, causa imunológica e outros sintomas associados ao DM.

No que diz respeito ao risco aumentado para diabetes – Pré diabetes; há a referir:

### **Risco aumentado da Diabetes - Hiperglicemia intermédia**

Corresponde a um risco aumento para diabetes, considerando-se, atualmente, dois estádios intermédios de alteração de homeostase da glucose:

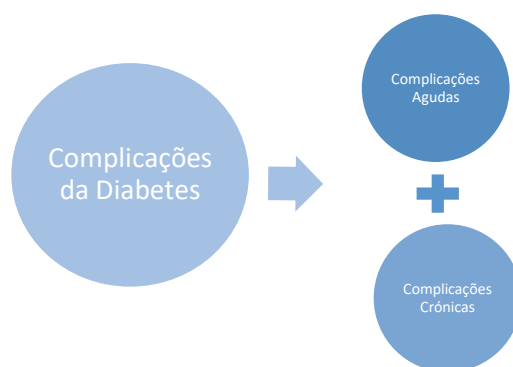
- **Anomalia da glicemia de jejum (AGJ)**, corresponde aos valores que apresenta na glicémia em jejum, que são inferiores aos valores de referência para a DM, mas superiores aos valores de referência para a normalidade.
- **Tolerância diminuída à glucose (TDG)** apresenta anomalia nos valores de referência (já descritos) 2h após sobrecarga oral (PTGO).

“Tanto a AGJ como a TDG, isoladamente ou em conjunto, identificam grupos de indivíduos que se encontram em estádios distintos da alteração do metabolismo da glucose, para os quais existe um risco aumentado, em relação à população normoglicémica, de vir a desenvolver diabetes e doença cardiovascular” (DGS, 2011:4).

### 1.3 – COMPLICAÇÕES DA DIABETES

As pessoas com diabetes têm um risco acrescido, no que concerne a desenvolver um sério número de problemas de saúde. As complicações provocadas pela diabetes, são um fator importante no que se refere ao aparecimento de incapacidades, diminuição da qualidade de vida e morte (IDF, 2013). No entanto, as complicações podem ser prevenidas ou diminuídas, mantendo a glicémia o mais próximo possível dos valores normais de referência (IDF, 2015).

Figura 3 – Complicações da diabetes



Fonte: Pesquisa bibliográfica

As complicações da Diabetes Mellitus, podem apresentar-se de duas maneiras diferentes: complicações agudas, ou seja surgem num curto espaço de tempo e as complicações crônicas, ou seja surgem mais tardiamente, sendo que qualquer uma delas, pode ter repercussões graves para o utente, pelo que se deve atuar rapidamente e diagnosticar o mais precocemente.

#### **Complicações Agudas**

Em termos de complicações agudas é de referenciar: a hipoglicémia, hiperglicemia, cetoacidose diabética e estado hiperosmolar não cetósico.

#### ***Hipoglicémia***

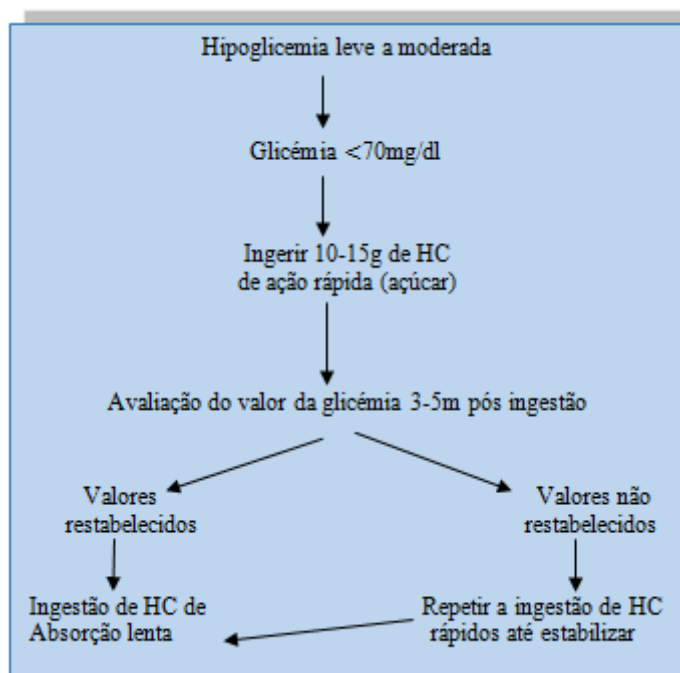
Significa a diminuição dos valores de glicémia, para valores inferiores 60 – 70mg/dl, resultando muitas vezes de diversos fatores de risco “idade avançada, abuso de álcool,

desnutrição, insuficiência renal, atraso ou omissão de refeições, exercício vigoroso, consumo excessivo de álcool e erro na administração de insulina ou de hipoglicemiante oral.” (MS, 2013:69). No entanto, este valor não é taxativo, pois existem utentes que apresentam sintomas de hipoglicemia com valores de glicémia acima do valor referido. É uma complicação aguda, pois pode surgir inesperadamente, e tem que ser tratada imediatamente. Esta complicação é mais comum em diabéticos tipo 1 e em diabéticos tipo 2, que sofrem desta patologia á mais tempo, e são submetidos a tratamento intensivo com antidiabéticos orais e/ou insulina. Nesta situação o organismo reage através de mecanismos hormonais, através da estimulação simpática e da libertação de hormonas hiperglicemiantes. Pelo que, após uma hipoglicemia pode aparecer uma hiperglicemia como resultado da atuação das hormonas contra reguladoras.

A hipoglicémia pode apresentar vários graus de intensidade desde a mais leve, de origem no sistema nervoso vegetativo (em que o própria pessoa tem perceção do mesmo, podendo reverter a situação), até à mais grave onde já está implícito o sistema neurológico (em que irá necessitar da ajuda de terceiros quando tal acontece). Segundo a APDP (2009), a sintomatologia referente à hipoglicémia, habitualmente pode ter a sua origem nos mecanismos de defesa do corpo que tentam elevar a glicose no sangue, estes podem ser leves (fome, fraqueza, suor, tremores, taquicardia, ansiedade, cansaço fácil, palidez), moderada (cefaleias, irritabilidade, tonturas, visão turva, raciocínio lento, confusão, sonolência, marcha descoordenada, náuseas e vómitos) e graves (discurso confuso, agressividade, alucinações, inconsciência, convulsões e coma). Por vezes, a pessoa com diabetes apresenta também hipoglicemias noturnas, cujos sintomas (pesadelos, acordar repentinamente, ou com taquicardia, suores perfusos, dificuldade em adormecer, acordar com dor de cabeça ou com hiperglicemia inexplicável) são difíceis de reconhecer, pois ocorrerem durante o sono.

Numa situação de hipoglicémia deve-se atuar prontamente, de modo a que a pessoa possa repor a glicémia dentro dos valores adequados. De uma maneira mais abrangente o melhor modo de atuar em caso da apresentação de sintomas leves ou moderados, passa por:

Figura 4 – Esquema de atuação na hipoglicémia



Fonte: Pesquisa bibliográfica

Nas *hipoglicemias graves*, se a pessoa estiver consciente deve-se proceder como descrito no quadro anterior, se inconsciente, colocar em decúbito lateral, administrar 1mg de glucagon IM ou SC e avaliar posteriormente a glicémia, se reverter ingerir HC de ação lenta, se não, contactar o INEM (este deve ser imediatamente contactado caso não tenha o medicamento), pois deve-se fazer o encaminhamento para o hospital.

### ***Hiperglicemia***

A hiperglicemia, surge devido ao aumento do valor da glicémia existente no sangue é superior a 200 mg/dl, que quando não se mantém controlada tem grande influência em termos das complicações tardias. Trata-se de uma das complicações agudas da Diabetes, de início lento e gradual, acompanhado por todos os sinais e sintomas de descompensação da diabetes (poliúria, polidipsia, polifagia, perda ponderal entre outras). Segundo a APDP (2009), as causas para esta situação são várias, nomeadamente: stress emocional, ingestão excessiva de HC, diminuição do exercício físico, doses insuficientes de insulina, infeções, terapêutica hiperglicemiante (ex: corticoides).

A hiperglicemia pode levar a situações agudas com necessidade urgente de tratamento como seja a Cetoacidose e a Síndrome hiperosmolar não cetósica

### **Cetoacidose**

“Cetoacidose diabética é uma complicação aguda relativamente frequente e grave quando não conduzida adequadamente. Tem prevalência elevada principalmente em pacientes mais jovens, os quais podem iniciar o quadro clínico de diabetes já com episódio de CAD” (Lima *et al*, 2001:25); ou mesmo na do tipo 2.

Normalmente a sua origem é influenciada a nível de fatores externos, como seja; “Infecções (mais frequente 30-40%); Diabetes inaugural (20-25%); Sem factor precipitante (5-25%); Interrupção da terapêutica (15-20%); Excessos alimentares; EAM; AVC; Pancreatite aguda/tumores pancreáticos; Isquemia do mesentério; Gastroenterite; Medicamentos: diuréticos tiazídicos, corticoides, bloqueadores dos canais de  $Ca^{++}$ ” (Saraiva, 2011:185).

Caracteriza-se por uma deficiência absoluta ou relativa de insulina que evolui para hiperglicemia, acidose metabólica, desidratação e cetose (Lima *et al* 2001).

“A hiperglicemia ocorre quando a glicose não pode ser transportada para as células, devido à falta de insulina. Na indisponibilidade de carboidratos para combustível celular, o fígado transforma o glicogénio em glicose, aumentando assim a biossíntese da glicose e, por sua vez, se elevam cada vez mais os níveis da glicose no sangue” (Couto & Camarneiro, 2002:29).

“Como consequência, grandes quantidades de ácidos gordos são mobilizados das células do tecido adiposo e transportados para o fígado. Este por sua vez acelera a velocidade com a qual produz corpos cetónicos para o catabolismo nomeadamente do tecido muscular” (Couto & Camarneiro, 2002:30).

Como sinais e sintomas, respeitantes ao quadro clínico, pode apresentar polidipsia, poliúria, fraqueza, hálito cetónico, polipneia, visão turva, dor abdominal, náuseas e vômitos, desidratação, entre outros, podendo no entanto avançar para o estupor e coma.

Este quadro pode agravar, com o surgimento de complicações como edema cerebral, hipocaliémia, hipoglicemia, embolia pulmonar, síndrome da insuficiência respiratória aguda, mucomircosis rinocerebral (Saraiva, 2011:185)

O tratamento passa pela correção do estado de desidratação, reverter a cetose e a acidose, reduzir a glicemia para valores normais com a administração de insulina, corrigir os eletrólitos e as perdas hídricas e ao mesmo tempo o tratar a causa subjacente.

### **Síndrome hiperosmolar não cetósica**

“A síndrome hiperosmolar não cetósica é um estado de hiperglicemia grave (superior a 600mg/dl a 800 mg/dl) acompanhada de desidratação e alteração do estado mental, na ausência de cetose. Ocorre apenas no diabetes tipo 2, em que um mínimo de ação insulínica preservada pode prevenir a cetogênese” (M.S. 2013:68). Trata-se de uma emergência endócrina grave, a que corresponde uma taxa de mortalidade que ronda os 10-50%, isto é devido a faixa etária em que é mais preponderante. Pois como refere Lima *et al* (2001:6), “Acomete muito mais frequentemente pacientes idosos acima de 60 anos; um dos fatores agravantes é a perda da percepção da sede que permite a instalação mais rápida da desidratação pela diurese osmótica com perda de até 25% do peso corporal”.

### **Complicações Crónicas**

Segundo APDP (2001:99), “aproximadamente 40% das pessoas com diabetes vêm a ter complicações crónicas graves da sua doença”. Sendo que estas complicações evoluem de forma silenciosa. “Na diabetes tipo 1, estas surgem normalmente a partir de 7-10 anos de evolução da doença, ao passo que, na diabetes tipo 2 muitas vezes é o aparecimento de complicações que vai permitir o diagnóstico da doença” (Couto & Camarneiro, 2002:35).

As alterações dos valores da glicémia, nomeadamente a hiperglicemia muito contribuem para o surgimento das complicações crónicas, pois um mau controlo metabólico atinge as artérias e o sistema nervoso periférico, pelo que é “(...) possível reduzir ou retardar os danos da diabetes através de um controlo rigoroso da glicémia, da tensão arterial e dos lípidos (...), bem como a vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (...)”. (APDP, 2009:105).

As complicações tardias estão implicitamente ligadas às lesões dos vasos sanguíneos, que são os responsáveis pelo transporte do oxigénio e nutrientes para a diferentes partes do organismo através do sangue. As complicações vasculares resultam em quadros clínicos graves, e contribuem de forma decisiva no que refere à morbilidade e mortalidade, dividindo-se em complicações micro e macrovasculares.

“As alterações a nível dos grandes e médios vasos (doença macrovascular) têm repercussões a nível do cérebro, coração e pés. As lesões nos pequenos vasos (doença microvascular) são responsáveis por alterações no fundo do olho (retina), rins e nervos periféricos.” (APDP, 2009:105)



### **Complicações Macrovasculares**

Segundo Couto & Camarneiro, citando Cassmeyer (1995), “as alterações macrovasculares traduzem-se numa diminuição do lúmen das artérias, comprometendo o sistema circulatório com consequente diminuição do aporte do oxigénio aos tecidos e isquemia dos mesmos” (2002:36).

As complicações macrovasculares estão implicitamente ligadas a patologias ateroscleróticas que abrangem os médios e grandes vasos sanguíneos, manifestando-se principalmente a nível das artérias coronárias, cerebrais e periféricas das extremidades inferiores, podendo resultar em arteriopatia coronária, EAM, AVC e doença vascular periférica. Este comprometimento, conforme refere Scheffel *et al*, (2004:1) ” (...) é comum nos pacientes com diabetes melito (DM) do tipo 2 e constitui a principal causa de morte destes pacientes”.

“ O sistema cardiovascular é um dos territórios mais afectados pelas manifestações tardias da diabetes, sendo bem conhecida a relação entre a diabetes mellitus e as doenças cardiovasculares” (Couto & Camareiro, 2002:36).

Sendo de salientar que “os pacientes com DM do tipo 2 têm uma propensão duas a quatro vezes maior de morrer por doença cardíaca em relação a não diabéticos, e quatro vezes mais chance de ter doença vascular periférica (DVP) e acidente vascular cerebral (AVC)” (Scheffel *et al*, 2004:1).

### **Complicações Microvasculares**

Conforme refere (APDP, 2009:105), “A doença que atinge os pequenos vasos (microangiopatia) é específica da diabetes ”, afetando os vasos sanguíneos de menor calibre, nomeadamente os capilares. “ (...) verifica-se um espessamento de algumas estruturas da parede destes pequenos vasos, com redução do calibre, alterações da consistência, elasticidade e permeabilidade”. (APDP, 2009:105). “ Este espessamento ocorre em todos os órgãos, mas as consequências mais graves são observadas nos olhos e rins (...) ”. (Couto & Camareiro, 2002:37).

### ***Retinopatia diabética***

A retinopatia diabética é uma das complicações crónicas e é constituída por um conjunto de alterações retinianas e vítreas causadas pela diabetes (Nehemy, 2001). A retinopatia



diabética é uma das principais causas da diminuição da acuidade visual e a principal causa de cegueira em pessoas com idade entre os 20 e os 74 anos. (Souto, 2011, SBD, 2014), sendo apenas superada (no caso dos idosos) pela degenerescência macular.

A alteração dos valores da glicémia, principalmente a hiperglicemia, e a duração do tempo em que apresenta a doença, são fatores que estão implicitamente relacionados com a retinopatia diabética e o seu grau de gravidade. (SBD, 2014).

Como refere Duarte & Zeller (2002:264), “a prevalência da RD é superior na DM1 em relação à DM2 porém ela ocorre também com grande frequência na DM2 sendo, contudo, mais tardiamente diagnosticada no decorrer da sua história natural”.

Segundo Souto (2011: 191), “a prevalência de RD aumenta com a duração da doença, e quase todos os diabéticos tipo 1 e cerca de 60% dos diabéticos tipo 2, desenvolvem algum grau de retinopatia aos 20 anos de evolução da DM”. No entanto, devido à maior prevalência de DM tipo 2, é neste grupo que se concentra a esmagadora maioria de doentes que apresentam lesões de RD e suas complicações visuais.

A RD pode ser classificada em : retinopatia diabética não proliferativa (RDNP), que se subdivide em leve, moderada e grave e retinopatia diabética proliferativa (RPD). Na fase de RDNP “podem ser encontrados microaneurismas, edema macular e exsudados duros. A progressão da RDNP está associada à presença extensas áreas de isquemia capilar caracterizada pelos exsudados algodinosos (...); veias tortuosas e dilatadas, em formato de contas; hemorragias na superfície da retina (...) e pelas anomalias microvasculares intra-retinianas”. (Souto e Duarte, 2011:194). No que se refere à RPD, esta surge como nos diz Nogueira et al (2007:596): quando se dá o “início do desenvolvimento de neovascularização a nível do disco óptico e da superfície interna da retina. Estes neovasos encontram-se sujeitos a hemorragia para o interior da cavidade vítrea, hemovítreo, com consequente diminuição súbita da acuidade visual (...), ocorrer fibrose e contracção destas estruturas”, que pode levar a um descolamento de retina.

A prevenção desta patologia passa pelo controlo da mesma através do encaminhamento dos utentes no sentido de serem submetidos a exames oftalmológicos (ex. retinografia, fundoscopia ocular) para possível despiste da mesma. Os utentes diabéticos Tipo 1 deverão fazer o seu primeiro controlo de 3 a 5 anos após o diagnóstico da diabetes e os doentes Tipo 2, a partir do momento do seu diagnóstico, deste modo é possível iniciar precocemente o tratamento da RD, antes que surjam lesões irreversíveis da estrutura morfológica da retina, ou que obriguem a estratégias terapêuticas mais agressivas, repetidas e onerosas, pelo que em

termos de tratamentos este pode envolver cuidados clínicos, fotocoagulação, criocoagulação e vitrectomia. (Nehemy, 2001)

### ***Nefropatia diabética***

A nefropatia é muito mais comum em pessoas com diabetes, do que em pessoas não diabéticas, e a diabetes é uma das principais causas de doença renal crónica.

“A nefropatia diabética ocorre em 20% a 40% dos indivíduos com diabetes e é, actualmente, a principal causa isolada de insuficiência crónica terminal (...).” (Duarte, 2011;201)

Esta doença é devido a lesão nos pequenos vasos sanguíneos, que pode originar que os rins sejam menos eficientes, ou que possam falhar por completo. Como refere Couto & Camarinho, “a microangiopatia ao nível do rim manifesta-se por glomérulo-esclerose difusa e é caracterizada pelo espessamento da membrana basal dos capilares do glomérulo”. (2002:38) No entanto, a sua evolução é lenta e silenciosa. “O sinal mais precoce é a perda, acima de valores normais, de proteínas na urina – inicialmente em quantidade muito pequenas e, mais tarde, já em fase não reversível, em grandes quantidades.” (APDP, 2009:107), ou seja “ estas alterações da membrana basal provocam um aumento da permeabilidade capilar às proteínas séricas, com consequente proteinúria”. (Couto & Camareiro, 2002:38).

A melhor maneira de retardar o aparecimento desta complicação passa por manter um bom controlo metabólico, bem como manter os valores tensionais o mais possível dentro dos valores normais.

### ***Neuropatia diabética***

Esta complicação resulta das lesões a nível dos nervos do nosso organismo, sendo considerada das mais comuns no diabético, estimando-se que cerca de 50% dos utentes, podem vir a desenvolver uma forma de neuropatia.

“Os nervos são o nosso sistema de comunicação entre vários territórios do organismo, levando informações e transmitindo ordens. Através deles temos a percepção da dor, da forma e da temperatura dos objectos” (APDP, 2009:109).

“A neuropatia diabética define-se como a presença de sintomas e/ou sinais de disfunção de nervos periféricos em doentes com DM, após exclusão de outras causas”. (Matos & Freitas, 2011:213)

“A neuropatia diabética é uma entidade heterogénea, podendo afectar várias regiões do sistema nervoso, sendo a sua classificação influenciada pela distribuição anatómica e os sinais e sintomas identificados” (APDP, 2010:41)

Estas alterações são em parte o resultado de lesões quer a nível dos nervos mielinizados, quer dos não mielinizados. “Destas lesões resulta a diminuição ou abolição quer da sensibilidade nas suas variantes – térmica dolorosa e táctil chamada neuropatia sensitiva, quer a motricidade muscular, a chamada neuropatia motora”. (Couto & Camareiro, 2002:38), pelo que se denomina polineuropatia diabética.

Concomitantemente também se verificam alterações a nível do sistema nervoso autónomo (neuropatia autonómica) que vai ter repercussões através de alterações em termos de controlo da bexiga, função sexual, trato gastrointestinal entre outros.

A tudo isso podemos associar também o fato de poderem ocorrer a diminuição ou ausência de sangue nos tecidos distais, como formação de calosidades e ulcera nas zonas de pressão, com consequente surgimento de lacerações e feridas.

Como refere, Couto & Camareiro, citando Duarte e Caldeira (1986), “a perda de sensibilidade à dor (analgesia) facilita o aparecimento de feridas indolores, também a ausência de sensibilidade profunda pode levar a luxações e mesmo fracturas indolores, com deformações no pé, chamada neuroartropatia diabética ou ‘Pé de Charcot’”(2002:39).

A prevalência da neuropatia diabética segundo alguns autores é cerca de 7,5% em todas as pessoas diabéticas por altura do diagnóstico e de 45% com mais de 25 anos de evolução da doença, estes números variam consoante o estudo, critérios de diagnóstico e sensibilidade dos métodos utilizados.

### ***Pé Diabético***

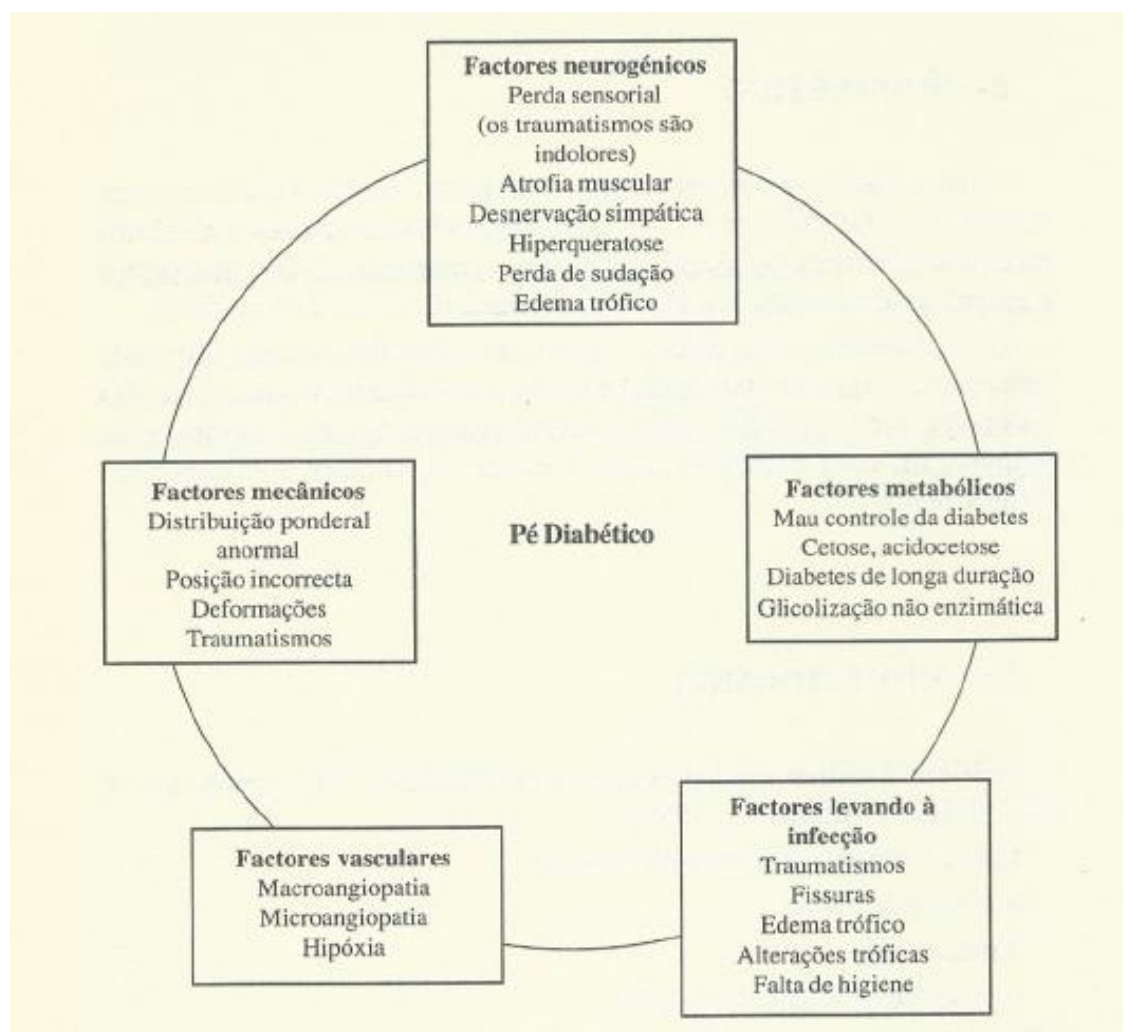
O pé diabético é uma das complicações mais graves da diabetes, sendo o principal motivo de ocupação prolongada de camas hospitalares pelas pessoas com diabetes e o responsável por cerca de 70% de todas as amputações efetuadas por causas não traumáticas. (DGS, 2011)

As pessoas com diabetes podem desenvolver uma série de problemas nos pés como consequência dos danos provocados a nível dos nervos e dos vasos sanguíneos, sendo que estes problemas podem facilmente conduzir à infeção e ulceração, o que aumenta o risco de amputação (IDF, 2013). “A amputação de um membro continua (...) a ser uma das mais temidas complicações da diabetes (...)” (Caldeira & Pape, 2002:369).

As alterações que podem ocorrer a nível dos membros inferiores, principalmente no pé, resultam de vários fatores como seja: neuropatia (alteração dos nervos), doença vascular periférica (alteração da circulação) e suscetibilidade às infeções que podem levar ao aparecimento de lesões, perante um traumatismo. (APDP, 2009)

O surgimento do pé diabético, apresenta uma série de fatores facilitadores

Figura 5 – Fatores responsáveis pelo desenvolvimento do Pé diabético

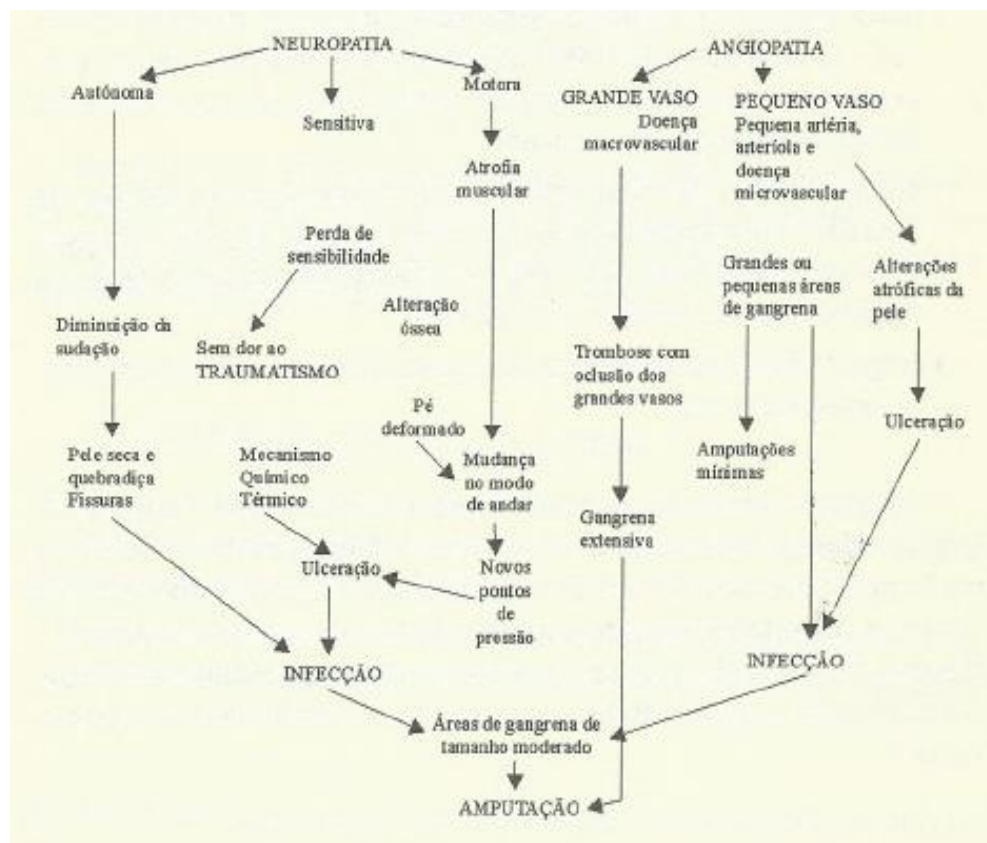


Fonte: Couto e Camarneiro (2002), adaptado de Willms – *indicações práticas da terapêutica de diabetes*. Hoechst Portuguesa S.A

A avaliação em termos clínicos, implica que esta seja feita a todos os níveis tendo em conta os fatores referenciados na figura anterior.

Segundo Costa & Camarneiro, “as úlceras diabéticas resulta essencialmente de um conjunto de fatores em que a neuropatia periférica é a mais importante” (2002:42).

Figura 6 – Patogénese do pé diabético



Fonte: Couto e Camarneiro (2002), adaptado de: CASSMEYER, Virgínia L. – Intervenções junto das pessoas com diabetes “Mellitus” e hipoglicémias. In \_PHIPPS, Wilma J., et al – *Enfermagem médico-cirúrgica; conceitos e prática clínica*, 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1995. P.1130

As lesões que atinjam preferencialmente os nervos ou vasos irão condicionar o aparecimento de um pé neuropático ou de um pé isquémico. No entanto a maioria são mistas, isto é um pé neuroisquémico. O diagnóstico diferencial a quando da observação do pé destas duas entidades clínicas é fundamental para a abordagem correta do pé diabético, pelo que é muito importante fazer-se uma classificação adequada.

A prevenção do aparecimento do pé diabético, deve passar por um bom controlo metabólico da glicémia, observação, proteção e cuidados diários dos mesmos.

A par destas complicações também podemos referenciar as:

### ***Complicações da gravidez***

Segundo a IDF (2013), as mulheres com qualquer tipo de diabetes durante a gravidez, correm o risco de poder sofrer de várias complicações se durante a mesma não tiverem uma

vigilância adequada e um bom controlo da sua patologia, de forma a reduzirem ao mínimo o riscos a que estão sujeitas. Os altos níveis de glicose podem afetar o desenvolvimento do feto levando a um excesso de peso e tamanho, que podem ter implicações no momento do parto, pois pode provocar lesões ao bebé ou à mãe.

### ***Saúde Oral***

A diabetes pode também ser uma ameaça em termos da saúde oral. Existe um aumento do risco de inflamação da gengiva (gengivite), em pessoas diabéticas que apresentam mau controlo da glicose. A gengivite, por sua vez, é uma das principais causas perda de dentes e também está associada ao aumento do risco de doença cardiovascular (IDF, 2013).

## **1.4 – TRATAMENTO DA DIABETES**

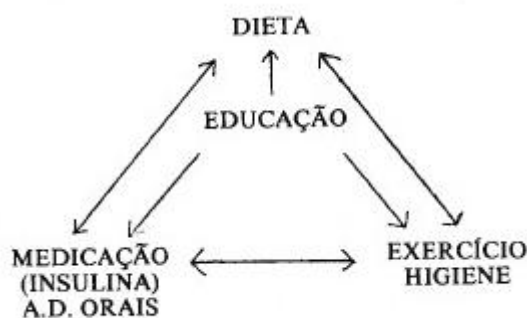
A *Diabetes Mellitus* é uma doença que embora apresente critérios bem definidos em termos de diagnóstico, em termos da sua abordagem esta acaba por ter contornos mais complexos, uma vez que além da terapêutica medicamentosa, está implícito a absoluta necessidade de mudança dos hábitos de vida.

O tratamento da diabetes quer tipo 1, quer tipo 2 tem por finalidade evitar ou retardar o mais possível o surgimento de complicações, tanto agudas como crónicas, pelo que é essencial, que o individuo mantenha a sua diabetes o mais controlado possível, pois como é uma doença crónica implica cuidados de saúde constantes, e sendo a pessoa diabética o ponto fulcral de toda a intervenção, é ele o responsável da gestão da mesma.

Segundo a WHO (2003), “a meta a atingir com o tratamento da Diabetes é manter o nível da glicémia o mais controlado possível, evitando assim, a instalação de complicações tardias”.

Como refere Ferreira & Veríssimo, citando (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 1998), “o controlo da diabetes deve ser iniciado o mais precocemente possível e deve basear-se numa tríade em que intervêm a dieta alimentar, o exercício físico e a terapêutica medicamentosa” (2008:37).

Figura 7 – Tríade da Terapêutica da Diabetes



Fonte: Caldeira, et al. (1989)

“ Os três elementos da tríade: dieta, medicação e exercício, quando presentes, estão interligados e as suas variações refletem-se no equilíbrio metabólico do diabético” (Caldeira & Osório, 2002).

Concomitantemente com esta tríade, verifica-se “como pano de fundo a educação terapêutica, o controlo metabólico e a vigilância periódica da diabetes *mellitus*” (Ferreira & Veríssimo, 2008:37).

Face a estas vertentes que se devem abordar perante o utente diabético, este deve ser apoiado e acompanhado por uma equipa multidisciplinar, que deve ter sempre presente a premissa do respeito pela pessoa com diabetes, com a sua experiência de vida, crenças, valores, cultura e o seu ritmo de aprendizagem, valorizando a participação ativa da pessoa com diabetes no processo educativo, visualizando um relacionamento baseado na relação de ajuda de uma forma empática, autêntica, congruente, facilitadora de comunicação.

“Um adequado programa de educação melhora a qualidade de vida do diabético, proporciona-lhe os meios para superar as limitações que derivam da diabetes e implicam sacrifícios emocionais, sociais e económicos.” (César, 2011:50).

“Além disso, assegura os meios para um melhor controlo da diabetes e, assim evitar ou diminuir as complicações agudas ou crónicas” (César., 2011:50).

No que se refere, à diabetes e seu tratamento, passa pela utilização de dois tipos de abordagem que se complementam uma à outra. Este, passa pela utilização de medidas que estão implicitamente ligadas a terapêutica comportamental, (alimentação, exercício físico, autovigilância, etc.) e terapêutica farmacológica (insulina e/ou antidiabéticos orais).



## ***Terapêutica comportamental***

### **Alimentação**

Como refere Caldeira & Osório, “ o regime alimentar é a base de qualquer programa terapêutico da diabetes, pois esta assenta sempre na alimentação em associação ou não com a medicação oral ou insulina e o exercício” (2002:79). Ou seja, a instituição de um regime adequado é um ponto fundamental a nível do tratamento da diabetes tanto a de tipo 1 como a de tipo 2.

Assim, deve ser tido em conta que fazendo parte integrante do tratamento, o utente com diabetes *mellitus* deve ter um aconselhamento alimentar, pois “sendo a diabetes mellitus, por definição, uma doença em que há alterações no metabolismo dos nutrientes, fundamentalmente dos hidratos de carbono, que resultam em hiperglicemia, é óbvio que a ingestão alimentar do doente diabético tem que ser orientada” (Barros, 2011:41).

O utente deve ser envolvido no plano de tratamento de maneira proactiva de forma a serem estabelecidas medidas realizáveis e realistas. Sendo que, “esse plano tem como objectivos conseguir o bom controlo dos níveis de glicémia, e prevenir, ou tratar o excesso de peso, a hipertensão arterial e os níveis de colesterol e triglicéridos no sangue, contribuindo desse modo para reduzir o risco de complicações da diabetes” (APDP, 2009:11).

Na elaboração do plano alimentar, há que partir sempre dum pressuposto, que é o de que “este não é fixo e igual para todos os diabéticos”. Este deve ser individualizado, e elaborado após avaliação da pessoa a que se destina, tendo em conta vários fatores quer em termos de faixa etária, sexo, atividades de vida diárias, entre outros, de modo a obter uma alimentação mais diversificada e atrativa.

“Na prática pretende-se que também o diabético adopte hábitos alimentares saudáveis e equilibrados, que saiba escolher, conjugar, quantificar e distribuir (fraccionar) os alimentos de modo mais adequado às suas necessidades individuais (em energia e nutrientes), respeitando-se o mais possível as intolerâncias e as limitações de cada um” (APDP, 2002:13). Sendo que o “diabético deve fazer uma alimentação capaz de lhe fornecer uma quantidade de energia compatível com as suas necessidades, tal como qualquer outro indivíduo não diabético” (APDP, 2001:55).

Ainda segundo a (APDP), o papel dos alimentos não implica apenas proporcionar a energia, os nutrientes que os constituem, vão satisfazer uma série de necessidades do nosso organismo (2001). “(...) os nutrientes classificam-se em:



Energéticos – hidratos de carbono, gorduras, proteínas;

Estruturais – proteínas gorduras e água;

Reguladores – Fibras, vitaminas, minerais e água (APDP, 2001:55).

### **Exercício Físico**

O exercício físico é outro dos pilares que constitui a tríade do tratamento da diabetes mellitus. “A prática regular do exercício físico conduz progressivamente a uma sensação de bem-estar físico e psíquico e diminui o *stress* psicossocial (importante factor de risco das doenças cardiovasculares)” (APDP; 2001:75)

A principal recomendação para o sucesso de um programa de atividade física é que seja coerente com seu estilo de vida individual de modo a envolver a pessoa na consciencialização e escolha realista das modalidades de atividade física a serem praticadas. As orientações para atividade física devem ter em conta diversos aspectos a serem considerados como o tipo de DM, idade do indivíduo, objetivos do programa de atividade física, presença de descompensação glicêmica, complicações crônicas e comorbidades.

“Nos diabéticos tipo 1 a actividade física é aconselhada e útil porque ajuda ao bom controlo da doença e previne (ou corrige) as suas complicações” (César, 2011:51)

“Nos diabéticos tipo 2 a actividade física é mandatória e fundamental porque, para além das razões anteriores, tem uma ação muito importante na resistência à insulina e na obesidade, que estão na base da diabetes tipo 2” (César, 2011:52).

Ainda segundo Cesar:

“O exercício físico deve ser aeróbico e deve ser repetido regularmente, pelo menos três vezes por semana e preferencialmente praticado todos os dias, à mesma hora, com a mesma intensidade e duração. Não deve coincidir com os picos de ação da insulina e tem de ser estabelecido em função da idade, das condições físicas e do estado de saúde do diabético” (2011:52).

A complicação mais frequente a que o diabético pode estar sujeito em função da prática do exercício físico, é a hipoglicémia, que pode ocorrer antes, no decurso ou após a prática do exercício o físico, e muito raramente hiperglicemia.

### **Autovigilância**

Um dos passos importantes a nível do controlo da diabetes passa por o utente diabético poder ele mesmo verificar os níveis de açúcar no sangue, de modo a poder vigiar o seu

tratamento. Assim, “a monitorização da glicémia capilar, integrada num processo de educação terapêutica, constitui o pilar fundamental sobre o qual assenta a capacidade de actuar das pessoas com diabetes, de acordo com a informação recolhida (...)” (Abreu, 2011:155).

Esta autovigilância, permite prevenir o aparecimento de desequilíbrios no controlo da glicémia, de modo a se poder precaver das descompensações agudas e diminuir a longo prazo o risco das complicações tardias, sendo assim importante que o utente diabético e/ou o seu cuidador, participem de uma maneira ativa na gestão da sua doença.

### ***Terapêutica farmacológica***

Quando a implementação de algumas medidas em termo de modificações a nível comportamental são insuficientes por si só para obter um controlo metabólico aceitável, principalmente na diabetes tipo 2 (visto que a diabetes tipo 1 necessita logo em primeira instância de medicação - insulina, pois não sobrevive sem a administração da mesma), deve-se recorrer o mais rapidamente possível aos antidiabéticos orais e/ou insulina.

#### **Antidiabéticos orais**

Os antidiabéticos orais que existem, apresentam por si só “uma estrutura química própria e mecanismos específicos de agir e reduzir os níveis de glicémia” (Rosário *et al.*, 2011:69). Estes medicamentos, “são mais uma ferramenta terapêutica e não substituem a atividade física e uma alimentação correcta” (APDP, 2009:47)

Segundo Duarte & Lisboa, os antidiabéticos orais podem dividir-se segundo o seu mecanismo de ação em:

- agentes cuja sua forma de atuação passa por a estimulação da insulino-secreção, das células pancreáticas → insulino-trópicos ou insulino-secretagogos;
- agentes que fomentam a diminuição da insulino-resistência periférica, a nível hepático e muscular → insulino-sensibilizadores;
- agentes que atrasam a absorção dos HC a nível intestinal → inibidores da  $\alpha$ -glucosidase intestinal (2002).

Quadro 1 – Antidiabéticos orais e suas propriedades

Classe	Composto(s)	Mecanismo celular	Ações fisiológicas primárias	Vantagens	Desvantagens	Custos
Biguanidas	- Metformina	Ativa a AMP-cinase (outro?)	· ↓ Produção hepática de glicose	· Ampla experiência · Sem ganho ponderal · Sem hipoglicemia · Provavelmente ↓ eventos CV (UKPDS)	· Efeitos secundários gastrointestinais (diarreia, cólicas abdominais) · Risco de acidose láctica (raro) · Déficit de Vitamina B12 · Contra-indicações: IRC, acidose, hipoxia, desidratação, falência de órgão	Reduzidos  Genéricos disponíveis
Sulfonilureias	2a geração · Gliburida/glibenclamida · Glipizida · Glizazida · Glimepirida	Encerram os canais de $K_{ATP}$ nas membranas plasmáticas das células $\beta$	· ↑ Secreção de insulina	· Ampla experiência · ↓ Risco microvascular (UKPDS)	· Hipoglicemia · Ganho ponderal · Diminui o pré-condicionamento isquémico do miocárdio? · Necessário frequente ajuste da dosagem · Durabilidade do efeito reduzida	Reduzidos  Genéricos disponíveis
Meglitinidas (glitinidas)	- Nateglinida	Encerra os canais de $K_{ATP}$ nas membranas plasmáticas das células $\beta$	· ↑ Secreção de insulina	· ↓ Picos pós-prandiais da glicose · Flexibilidade da dosagem	· Hipoglicemia · Ganho ponderal · Diminui o pré-condicionamento isquémico do miocárdio? · Necessidade de regime posológico frequente	Moderados
Tiazolidinedionas (glitazonas)	- Pioglitazona	Ativa o fator de transcrição nuclear PPAR- $\gamma$	· ↑ Sensibilidade da insulina	· Sem hipoglicemia · Durabilidade · ↑ C-HDL · ↓ Triglicéridos · ↓ Eventos CV (ProACTIVE)?	· Ganho ponderal · Edema/insuficiência cardíaca · Fraturas ósseas	Reduzidos  Genéricos disponíveis
Inibidores das $\alpha$ -Glucosidases intestinais	- Acarbose	Inibe as $\alpha$ -glucosidases intestinais	· Retarda a digestão/absorção intestinal dos hidratos de carbono	· Sem hipoglicemia · ↓ Picos pós-prandiais da glicose · ↓ Eventos CV? (STOP-NIDDM) · Não-sistêmico	· De eficácia geralmente modesta sobre a HbA1c · Efeitos secundários gastrointestinais (flatulência, diarreia) · Esquema de administração frequente	Reduzidos  Genéricos disponíveis
Inibidores da DPP-4	· Sitagliptina · Vildagliptina · Saxagliptina · Linagliptina · Alogliptina*	Inibem a atividade da DPP-4, aumentando as concentrações pós-prandiais das incretinas ativas (GLP-1, GIP)	· ↑ Secreção da insulina (dependente da glicose) · ↓ Secreção de glucagon (dependente da glicose)	· Sem hipoglicemia · Bem tolerado	· Urticária/angioedema (raros) · Pancreatite?? · Internamentos por I.C.??	Elevados
Inibidores dos SGLT2	- Dapagliflozina* - Canagliflozina* - Empagliflozina*	Inibem os SGLT2 no nefrônio proximal	· Bloqueio da reabsorção de glicose pelo rim, aumentando a glicosúria	· Sem hipoglicemia · ↓ Peso · ↓ Pressão arterial · Eficazes em todas as fases da DM2	· Infecções genito-urinárias · Poliúria · Depleção de volume/hipotensão/tonturas · ↑ LDL · ↑ Creatinina (transitório)	Elevados
Agonistas dos receptores da GLP-1	- Exenatido - Exenatido de libertação prolongada - Liraglutido - Albiglutide* - Dulaglutide* - Lixisenatide*	Ativam os receptores da GLP-1	· ↑ Secreção da insulina (dependente da glicose) · ↓ Secreção do glucagon (dependente da glicose) · Atraso do esvaziamento gástrico · ↑ Saciidade	· Sem hipoglicemia · Redução de peso · ↓ Picos pós-prandiais da glicose · ↓ Alguns fatores de risco cardio-vasculares	· Efeitos secundários gastrointestinais (náuseas/vômitos) · ↑ Frequência cardíaca · Pancreatite aguda? · Hiperplasia das células C tiroideais/carcinoma medular da tireóide em animais · Injetável · Requer formação	Elevados

Fonte: Sociedade Portuguesa da Diabetes (2015)

Assim, “dados os diferentes mecanismos de acção dos vários antidiabéticos orais (ADO) a escolha deve ser individualizada tendo em conta o defeito fisiopatológico dominante (...)” (Duarte & Lisboa, 2002:107).

“Consoante o seu modo de acção podem ser utilizados sozinhos, ou em associação. Alguns deles podem ser utilizados juntamente com a insulina” (APDP, 2009:47)

## Insulinoterapia

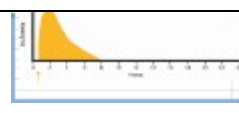
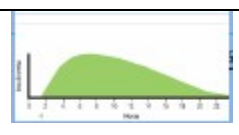
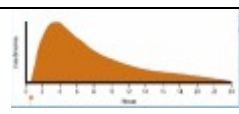
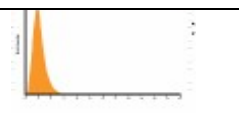
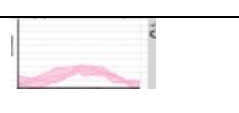
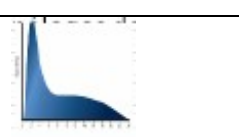
No tratamento do diabético, temos de ter em conta a existência de duas premissas que utilizam o mesmo produto (insulina), mas têm uma abordagem diferente. Por um lado o diabético tipo 1, que necessita imperativamente deste tipo de tratamento de reposição

continuada de insulina exógena durante toda a sua vida. “Esse tratamento deve ser instituído sob condições de uma dieta individualizada com múltiplas refeições e um programa diário de atividade física, de tal forma que um regime apropriado de dosagem possa ser estabelecido” (Junior, *et al*, 2001:519).

Por outro na diabetes tipo 2 a insulinoterapia surge como coadjuvante ao antidiabéticos orais. Ou seja, por não conseguirem atingir um “controle metabólico apesar da terapia combinada com agentes orais, a opção será a insulinoterapia (...) (Cândido, 2001:538).

Os esquemas de insulinização podem ser variáveis e com inclusão de diferentes doses, mantendo sempre o propósito de manter o melhor controlo da glicémia e ao mesmo tempo ter em conta a pessoa a que se destina.

Quadro 2 – Tipos de insulinas e suas propriedades

Insulinas Humanas	Insulina		Início Ação	Pico Ação	Duração Ação
		Ação Curta (Humana)	Actrapid Humulin regular Insuman rapid	30 min.	2 – 3 horas 6 – 8 horas
		Ação Intermédia NPH ou Isofânica	Humulin NPH Insulatard Insuman basal	2 – 3 horas	2 – 8 horas 16 – 20 horas
		Bifásicas (pré – misturas)	Mixtard 30 Insuman com 25 Insuman basal	30 min.	duplo 16 – 20 horas
Análogos de Insulina		Análogo de Ação Rápida	Lispro (Humalog) Aspart (NovoRapid) Glulisina (Apidra)	15 min.	1 hora 3 – 5 horas
		Análogo de Ação Prolongada	Glargina (Lantus) Detemir (Levemir)	2 horas	Sem Pico 6 – 8 horas 20 – 24 horas
		Análogos Bifásicos (pré – misturas)	Humalog mix 25 Humalog mix 50 Novomix 30	15 min.	duplo 16 – 20 horas

Fonte: APDP (2011)

Em suma o plano terapêutico na diabetes para ser exequível, passa por uma participação ativa por parte do utente diabético, pois ele é o elemento essencial para que seja possível a sua concretização. “Um primeiro aspeto da terapêutica é que esta deve ser centrada no doente no sentido em que, elucidado com educação terapêutica esclarecedora, deva participar ativamente no que lhe é aconselhado e que ele deverá fazer. A adesão ao tratamento será tanto

maior quanto mais esclarecido estiver o doente” (Ruas, 2015:43). Este deve ser individualizado, tendo em conta a realidade de vida do mesmo, com a criação de compromisso entre o utente, família e equipa de saúde multidisciplinar. “ Não há alvos a atingir com carácter universal e que digam respeito a todos os doentes: O tratamento deve ser individualizado face aos alvos de controlo metabólico que se preconizam” (Ruas, 2015:43). Assim, segundo a WHO (2003), “o autocuidado protagonizado pelo próprio diabético, assume um papel central no tratamento da diabetes”, proporcionando-lhes uma maior segurança e aceitação por parte da doença.

## 1.5 – DIMENSÃO DO PROBLEMA

A diabetes em todas as suas formas impõe, custos humanos, sociais e económicos invariavelmente altos em todos os países do mundo. Sendo que embora se possa denotar que existem algumas variações no que se refere à taxa de incidência e prevalência nas diversas regiões existe um crescimento progressivo em todo o mundo.

O aumento da prevalência de população com o diagnóstico de diabetes a nível mundial está a aumentar estando implicitamente conotados para tal os seguintes fatores, o aumento da esperança média de vida, a urbanização, o aumento da prevalência de obesidade e a inatividade física. (Wild *et al.*, 2004). Apesar da grande variedade de ferramentas à nossa disposição no sentido de lidar com uma doença, como a diabetes nomeadamente, medicação mais eficaz, tecnologia avançada, melhores estratégias educativas e preventivas, tem-se vindo a verificar uma batalha perdida, visto denotar-se um contínuo crescendo, das suas complicações que levam posteriormente à incapacidade e por vezes a morte. (FID, 2013).

Ao longo do tempo, tem-se continuamente tentado determinar a sua prevalência, no entanto, estas têm aumentado a um ritmo crescente, tendo-se tornado uma das maiores preocupações de Saúde pública, atingindo características de uma epidemia.

### **No Mundo**

Segundo os últimos dados da (IDF, 2015), a nível mundial, existem atualmente cerca de 415 milhões de indivíduos com diabetes a nível mundial, estimando-se que, em 2040 atinja os 642 milhões de pessoas. Estes 415 milhões de diabéticos apresentam idades entre os 20-79

anos, ou seja existe uma prevalência de que em cada 11 adultos, 1 deles tenha diabetes. Cerca de  $\frac{3}{4}$  da população com diabetes vivem em países de médio e baixo rendimento.

Ainda segundo a mesma fonte existem cerca de 318 milhões de adultos com tolerância à glicose diminuída, aproximadamente 1 em cada 15 adultos, apresentam pois um risco elevado de futuramente desenvolverem a doença. A IDF (2015) estima igualmente que existem cerca de 193 milhões de pessoas adultas em que a diabetes ainda não foi diagnosticada, prosseguindo a sua evolução silenciosa, correndo um maior risco de desenvolver complicações.

Paralelamente estima-se a existência de cerca de 542.000 crianças com diagnóstico de diabetes tipo 1, denotando-se segundo refere a IDF (2015), a cada novo ano cerca de 86.000 crianças desenvolvem diabetes tipo 1 e quando a insulina não está disponível a expectativa de vida é muito curta. Ainda segundo a mesma fonte um em cada sete nascimentos é afetado pela diabetes gestacional.

Em termos globais devido às alterações que esta patologia acarreta em termos de gastos em saúde, este atinge cerca de 12% das despesas de saúde a nível global, isto é, cerca de 675 biliões de dólares. A diabetes e suas complicações são as principais causas de morte na maioria dos países. No que concerne à mortalidade esta atingiu cerca de 5 milhões, cada 6 segundos uma pessoa morreu com diabetes.

### **Na Europa**

Os 56 países e territórios da região da Europa, compreende diversas populações com diferentes níveis de riqueza. O envelhecimento da população na região poderá levar a um número crescente de pessoas em risco de ter diabetes e como consequência implicará uma maior carga em termos de custos a nível dos cuidados de saúde. (IDF, 2013)

A zona da Europa, relativamente a 2015 apresentava uma população de cerca de 660 milhões de pessoas adultas numa faixa etária entre os 20-79 anos de idade, com uma prevalência de pessoas com diabetes estimada em 59, 8 milhões, incluindo 23,5 milhões de casos não diagnosticados (IDF, 2015).

Ainda segundo a mesma federação estima que cerca de 31,7 milhões de pessoas, 4,8% de adultos com a idade de 20-79, apresenta intolerância à glicose correndo o risco de desenvolver diabetes. Perante este facto fez-se uma previsão da existência de cerca de 71,1 milhão de adultos em 2040 com diabetes nesta região do mundo.

A Europa apresenta os valores mais altos de crianças com diabetes tipo1 comparada com as outras regiões, aproximadamente 140.000, com cerca de 21.600 novos casos de crianças diagnosticadas todos os anos. (IDF, 2015).

Segundo a IDF (2015), aproximadamente, 627.000 de pessoas com a idade 20-79 morreram de diabetes durante 2015 na região da Europa. Cerca de ¼ (26.3%) dessas mortes verificaram-se em pessoas com idades inferiores a 60 anos. Existe uma maior incidência de mortes nas mulheres (315.000) do que nos homens (312.000).

As estimativas indicam que a diabetes foi responsável por 9% do total das despesas de saúde na Região da Europa em 2015.

### **Em Portugal**

No que diz respeito à realidade vigente no nosso país, também nos situamos dentro do mesmo panorama, a comprová-lo temos os dados recentes do relatório anual referente ao ano de 2014 do Observatório Nacional da Diabetes, cuja função passa por “recolher, validar, gerar e disseminar informação fiável e cientificamente credível sobre a Diabetes em Portugal” (OND, 2015:4).

A prevalência da Diabetes em 2014 foi de cerca de 13,1% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos). Sendo que, 7,4% dos indivíduos já estão diagnosticados e cerca de 5,7% (443.000 pessoas) não sabem que têm diabetes (OND, 2015)

Ainda segundo, o mesmo relatório do observatório, verificou-se uma diferença na prevalência no que se refere ao género, sendo de 10,8% nas mulheres e 15,8% nos homens (com 4,4% e 7,2%, respetivamente não diagnosticados).

A prevalência da Diabetes é cerca de 4 vezes superior nas pessoas obesas ( $IMC \geq 30$ ), do que nas que apresentam um IMC normal ( $IMC < 25$ ).

A Hiperglicemia Intermédia (AGJ, TDG, ou ambas) em Portugal, em 2014, atingiu 27,2% da população portuguesa (2,1 milhões de indivíduos), com idades compreendidas entre os 20-79 anos, o que prefaz que cerca de 40,3% (3,1 milhões de indivíduos) da população portuguesa apresenta diabetes e hiperglicémia intermédia.

Embora se tivesse verificado no período 2000-2011 um aumento no que se refere ao aparecimento de novos casos diagnosticados, nos últimos 3 anos este tem-se atenuado, registando-se no ano de 2014 uma estimativa de entre 522 a 662 novos casos por 100.000 habitantes (OND, 2015)



Segundo o relatório do OND (2015:7), a “Diabetes tipo 1 nas crianças e nos jovens em Portugal (registo DOCE) em 2014, atingia 3 365 indivíduos com idades entre 0-19 anos, o que corresponde a 0,16% da população portuguesa neste escalão etário”. Segundo o mesmo relatório, nesse ano foram detetados 17,5 novos casos de diabetes tipo 1 por cada 100 000 jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

A prevalência de parturientes com Diabetes Gestacional que utilizou o SNS em 2014, foi de 6,7%, tendo-se verificado um aumento significativo do número absoluto de casos registados. Ressalta-se também o fato da prevalência aumentar com a idade da parturiente, atingindo os 16,5% com idade superior a 40 anos.

De acordo com os dados do OND (2015:10) “a Diabetes foi a causa de 4.211 óbitos em 2014, o que representou 4,0% do total de óbitos registados em Portugal”. Aproximadamente  $\frac{1}{4}$  das pessoas que morrem nos hospitais, apresentam diabetes, sendo que os 24,8% da letalidade intra-hospitalar no SNS, equivale a 11.736 indivíduos. (RAOND, 2015). Dentro do mesmo contexto verificou-se na última década por um lado um decréscimo do número absoluto de de óbitos no internamento com o diagnóstico principal de DM (-46%), por outro um aumento dos óbitos em que a DM surge como um diagnóstico associado (+44%). (OND, 2015)

O número de utentes saídos/internamentos nos hospitais do SNS em que a Diabetes constitui o diagnóstico principal (exceptuando os *day cases*) , apresenta uma diminuição significativa (2009-2014) de -23,4% . Enquanto o número de utentes em que a Diabetes surge como diagnóstico associado, no período decorrido entre 2005-2014, houve um aumento de 89,3%. (OND, 2015)

Ainda segundo o mesmo relatório do observatório (2015), em termos da Rede de Cuidados de Saúde Primários do SNS de Portugal Continental, em 2014 encontram-se registados 764 598 utentes com Diabetes, dos quais 55,4% nas UCSP e 44,6% nas USF. Durante 2014, verificou-se que o número de utentes com Diabetes que utilizou os serviços (com pelo menos uma consulta registada no sistema) foi de 626 438 (dos quais 49,2% nas UCSP e 50,8% nas USF). Sendo que, se verificou em termos de representatividade das consultas médicas realizadas nos Cuidados de Saúde Primários um aumento, tendo-se passado de 6,1% em 2011 para 8,3% em 2014.

No que se refere às complicações da diabetes, verifica-se que o número de utentes saídos de (internamentos hospitalares) por “pé diabético” apresenta um decréscimo comparativamente de cerca de 141 episódios. O número total de amputações dos membros inferiores (1 385), por motivo de Diabetes, em 2014 registou um decréscimo, estando esta



associada á diminuição que se verificou face às amputações major (560) e as amputações minor (825), ou seja respectivamente (-129) e (- 42) em relação ao ano anterior. (OND, 2015)

Embora durante o ano de 2014 se tenha verificado um maior número de pessoa abrangidas no que diz respeito ao Rastreio de Retinopatia Diabética com um aumento de 223% desde 2009, houve no entanto um decrescimo no que se refere à observação e identificação para tratamento dos utentes. (OND, 2015)

Ainda segundo o mesmo relatório do observatório (2015), em Portugal tem-se verificado um acrescimo das vendas dos medicamentos para a Diabetes, tendo-se vendido em ambulatório 10 milhões de embalagens, correspondendo a 242,6 milhões de euros, dos quais 20,6milhões de euros foram encargos diretos dos utentes e 222 milhões euros suportados pelo SNS.

### No Alentejo

No que se refere, em termos de regiões, e mencionando apenas alguns dados descritos na OND 2015, com respeito ao Alentejo, denota-se em termos dos internamentos por descompensação/complicação nomeadamente por cetoacidose este apresenta a maior incidência no que se refere às outras regiões com 13% dos utentes, atingindo mais do dobro do todo o SNS cujo valor é de 6%.

Tabela 3 – Internamentos por Diabetes e suas complicações

Internamentos		
	Alentejo	SNS
Internamentos categoria III GD-9-MC (inclui Diabetes)	16%	14%
Internamentos com cetoacidose	13%	6%
Internamento com Hiperosmolidade	2%	2%
Internamento com Coma Diabético	0%	1%
Demora média dos internamentos - Diabetes	5,4	4,5
Utentes Saídos dos internamentos - total	1 012	22 348
Utentes saídos com diabetes por 100 000 hab. - DP	207	206
% de Day cases (Internamentos <24h)	51,3%	60,0%

Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2015

No âmbito, dos internamentos por complicações do pé diabético, o Alentejo apresenta a segunda maior percentagem, a seguir à região do Algarve, sendo inclusivê superior a todo o SNS. No que se refere as amputações, também é no Alentejo que se reporta a maior

percentagem em relação as outras regiões e a todo o SNS, sendo o seu valor nas amputações menor de 15,1%, e maior de 7,8%, no entanto com valores inferiores ao ano anterior.

Tabela 4 – Distribuição regional dos internamentos por Descompensação/complicação a nível do Pé diabético.

	Alentejo	SNS
Utentes Saídas por Diabética	135	1 863
Utentes Saídos por Pé Diabético por 100 000 hab.	27,6	18,9
Amputação Minor	74	825
Amputações Minor por 100 000 hab.	15,1	8,4
Amputação Major	38	560
Amputações Major por 100 000 hab.	7,8	5,7

Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2015)

No que concerne aos varios dados obtidos através do descrito no relatório do OND, em termos da realidade a nível da região do Alentejo, no que diz respeito à diabetes nos cuidados de Saúde Primários, nomeadamente através das UCSP e USF, comparativamente às outras regiões do País e a todo o SNS, poder-se-á dizer perante os valores apresentados, que estão mais ou menos equiparados entre si, umas vezes por valores mais positivos, outros não.

Tabela 5 – Diabetes - Cuidados de Saúde Primários

Diabetes - Cuidados de Saúde Primários			
	Alentejo		SNS
	UCSP	USF	
Utentes com Diabetes com consulta registada	83,1%	92,4%	86,0%
Nº médio de consultas por utente com Diabetes	3,6	4,0	3,8
Taxa de cobertura da vigilância de diabéticos (2 e + consultas)	83,8%	92,0%	86,5%
Utentes com Diabetes com pedidos de HbA1c	82,5%	94,0%	86,3%
HbA1c - Média por utente com pedidos registados	7,0%	7,1%	7,0%
Utentes com Diabetes com registo de observação do pé nos CSP	58,5%	78,1%	64,9%
Utentes com Diabetes com microalbuminúria registada nos CSP	52,0%	57,2%	53,8%
Utentes com Diabetes com microalbuminúria registada >30mg/24h	21,1%	21,5%	21,2%

Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2015)

A Diabetes em Portugal em 2014 representou 0,9% do PIB correspondendo a 10% da despesa em Saúde. O Alentejo apresenta em relação às outras regiões e ao SNS a percentagem mais elevada em termos de valor de vendas de ADO a percentagem mais elevada, e a menor no que diz respeito à insulina. Em termos de custo per capita também apresenta um custo maior.

Tabela 6 – Diabetes - Custos Associados

Diabetes - Custos Associados		
	Alentejo	SNS
Distribuição regional de Vendas (em valor) de insulina em ambulatório	22,3%	25,4%
Distribuição de Vendas (em valor) de antidiabéticos orais (ADO)	77,7%	74,6%
Custo médio per capita de insulinas e ADO (€)	27,7 €	24,6 €
Vendas de Insulinas e ADO - Percentagem de genéricos (volume)	36,2%	35,7%
Vendas de Insulinas e ADO - Percentagem de genéricos (valor)	6,2%	5,9%

Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2015)

### Na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano – ULSNA

A nível da realidade da nossa ULSNA, nomeadamente a nível do dos ACES, num total de 118 376 utentes inscritos, apresenta um total de população com Diabetes Mellitus de 11 035, sendo que ao observar-mos a tabela 5, podemos verificar que existem concelhos em que esta problemática da Diabetes, é bem mais representativa (USF Amoreira 1 299, seguida da UCSP de Ponte de Sor 1 203) que noutros. Em termos percentuais face ao total da população do concelho inscrita e que apresenta DM, a de maior percentagem é a UCSP de Montargil, com 14,48%, seguida de Arronches com 13,10%.

Tabela 7 – Inscritos com Diabetes Mellitus

Inscritos com Diabetes Mellitus					
Unidade Funcional	DM ID (T89)	DM NID (T90)	Total DM	Total Inscritos	% DM
UCSP Alter do Chão	41	268	309	3 536	8,74%
UCSP Arronches	13	394	407	3 106	13,10%
UCSP Avis	14	468	482	4 318	11,16%
UCSP Castelo de Vide	13	346	359	3 926	9,14%
UCSP Crato	25	378	403	3 644	11,06%
UCSP Fronteira	47	334	381	3 107	12,26%
UCSP Gavião	20	403	423	3 901	10,84%
UCSP Marvão	20	295	315	3 085	10,21%
UCSP Monforte	27	306	333	3 352	9,93%
UCSP Montargil	40	373	413	2 853	14,48%
UCSP Nisa	52	701	753	6 597	11,41%
UCSP Ponte de Sor	196	1 007	1 203	13 059	9,21%
UCSP Portalegre	3	11	14	1 910	0,73%
UCSP Sousel	114	450	564	4 732	11,92%
USF Amoreira	173	1 126	1 299	13 989	9,29%
USF Plátano	76	904	980	13 292	7,37%
TOTAL ACES	1 198	9 837	11 035	118 376	9,32%

Fonte: SIARS (dados dezembro 2015)

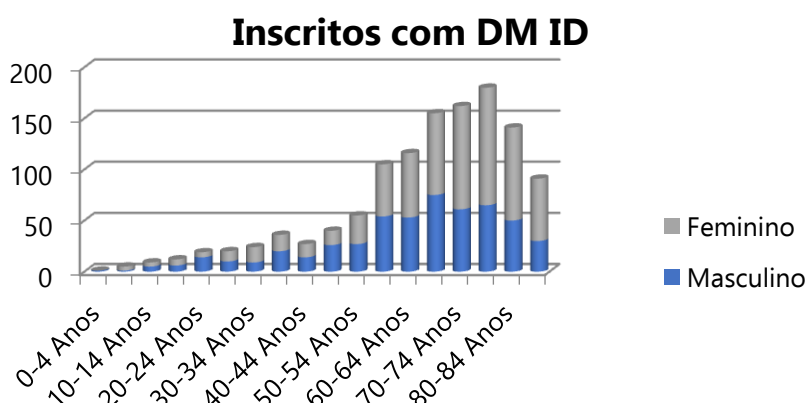


Gráfico 1 – Utentes inscritos com Diabetes insulínodépendentes segundo a faixa etária e sexo

Fonte: SIARS (dados dezembro 2015)

Perante o gráfico apresentado, podemos verificar que existe um aumento da incidência de utentes Diabetes Mellitus insulínodépendentes a partir da faixa etária 50-54 anos, atingindo o seu pico máximo na faixa entre os 75-79, e a sua prevalência é maior nos utentes do sexo feminino.

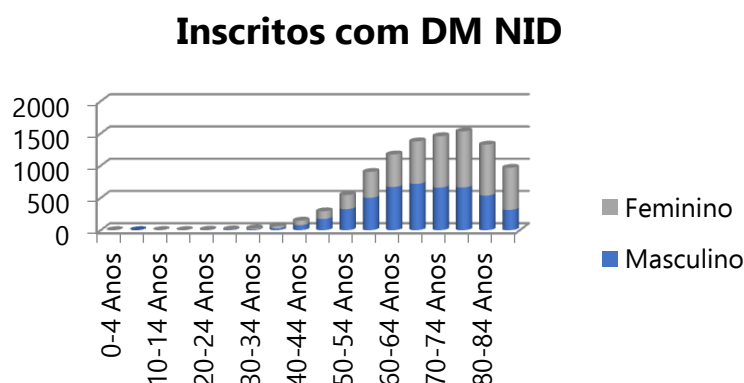


Gráfico 2 – Uteses inscritos com Diabetes não insulínodépendentes segundo a faixa etária e sexo

Fonte: SIARS (dados dezembro 2015)

No que se refere ao gráfico apresentado de utentes com Diabetes Mellitus não insulínodépendentes, podemos verificar que se mantém o mesmo padrão em termos de aumento incidência a partir da faixa etária 50-54 anos, atingindo um pico máximo na faixa etária dos 75-79 anos, no entanto existe uma prevalência de indivíduos do sexo masculino maior na faixa etária entre os 50-54 e os 60-64 anos, a partir da faixa 70-74 até ao final passa a ser uma prevalência maior de utentes do sexo feminino.

Tabela 8 – Diabetes - Alguns Indicadores

Diabetes - Alguns Indicadores		
<b>ID 75</b>	Proporção de DM tipo 2 com compromisso de vigilância	86,23%
<b>ID 38</b>	Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	53,36%
<b>ID 39</b>	Proporção DM c/ última HbA1c $\leq$ 8,0%	60,23%
<b>ID 41</b>	Proporção de DM tipo 2 em terapêutica com insulina	4,97%
<b>ID 42</b>	Proporção de DM tipo 2 em terapêutica com metformina	48,80%
<b>ID 275</b>	Proporção de novos DM2 em terapêutica com metformina (monot.)	71,94%
<b>ID 97</b>	Proporção DM com microalbuminúria no último ano	46,21%
<b>ID 35</b>	Proporção DM com exame pés último ano	71,05%
<b>ID 40</b>	Proporção DM com exame oftalmológico no último ano	23,09%

Fonte: SIARS (dados dezembro 2015)

## **2 – O ENFERMEIRO E A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA DIABETES, IMPLICAÇÕES NO AUTOCUIDADO E QUALIDADE DE VIDA**

“A enfermagem tem vindo a assumir ao longo da sua história um papel preponderante em múltiplos domínios de intervenção na área da saúde” (Martins e Dias, 2010:253).

Ainda segundo o mesmo autor citando Carvalho, “ A enfermagem é um caso paradigmático de integração harmoniosa dos saberes provenientes quer das ciências naturais, quer das ciências humanas. O objecto de estudo é o Homem encarado de uma forma holística” (2010:255). No entanto este é visto como um Todo não só o ser físico mas o ser pensante com todo o *background* em que está inserido, que faz parte da sua Pessoa e que vai influenciar a sua maneira de estar na vida.

“Para que a enfermagem corresponda verdadeiramente às necessidades da sociedade e contribua de forma consistente com as suas raízes e origens, tanto ensino como o sistema de prestação de cuidados de saúde, têm de ser baseados em valores humanos e na preocupação com o bem estar dos outros” (Watson, 1999:61).

Ainda referenciando o mesmo autor. “ A enfermagem é a profissão que tem uma responsabilidade ética e social, tanto para o individuo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades de cuidados na sociedade no presente e no futuro” (1999:61).

“Enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano. O fenómeno da saúde/doença tem de ser abordado a partir de uma base conceptual ampla” (Watson, 1999: 52).

Como refere Watson: “o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem (...)” (1999:52). Ou seja, o enfermeiro no âmbito do decorrer da sua atividade profissional centra a sua relação profissional numa pessoa ou com um grupo de pessoas, tendo sempre em conta que ao prestar estes cuidados de enfermagem, estas pessoas possuem um quadro de valores, crenças e anelos individuais que advém do meio onde está inserido. Valores esses que devem acima de tudo, ser tidos em conta, pois fazem parte da herança que trazem consigo numa atitude de respeito sem preconceitos ou juízos de valores.

Segundo a OE “ a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (OE, 2001:10), tendo sempre em conta que esta é uma relação que se vai desenvolvendo ao longo do tempo e que requer um compromisso de ambas as partes. No decurso do nosso exercício profissional estamos inseridos num contexto

de atuação profissional, que se podem dividir em dois tipos de intervenções no âmbito de enfermagem. Por um lado, as intervenções interdependentes, que são principiadas por outros elementos da equipa, sendo no entanto o enfermeiro a executá-la tomando a responsabilidade pela sua implementação. Por outro lado, as intervenções autónomas, que são as iniciadas por elaboração do enfermeiro sendo este que assume a sua responsabilidade pela implementação técnica da intervenção, podendo por vezes ser delegada noutros grupos profissionais.

“Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.” (OE, 2001:12).

Para a comum das pessoas estar de boa saúde está implícito o facto de poder efetuar as suas atividades da vida diária, sendo de todo possível por vezes nesta fase a existência não perceptível de uma doença ainda sem sintomatologia subjacente ou limitações funcionais, ou seja na sua fase precoce.

“Com a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (1948) é aceite a noção de que saúde pode ser uma dimensão independente de doença e conceitos como o de QV e Bem-Estar têm cada vez maior importância na investigação e na prática dos Cuidados de Saúde”. (Amorim, 2009:38).

A evolução da medicina e da sociedade aumentaram a esperança média de vida, por conseguinte, e associado a esse aumento, verificou-se também um acentuar da prevalência de doenças crónico-degenerativas. Para que possa haver qualidade de vida, além de quantidade, foi necessário proceder a avaliações entre os riscos versus benefícios de tratamentos médicos, analisando o impacto dos tratamentos na qualidade de vida da população.

Os profissionais de saúde, sendo aqueles que lidam diretamente com os utentes, são eles que numa primeira instância avaliam o impacto dos tratamentos na qualidade de vida do utente e como pode melhorar.

Daí que “o interesse na QV surgiu associado às práticas assistenciais do quotidiano, da necessidade de avaliação do impacto, quer a nível físico quer a nível psicossocial, que as doenças ou incapacidades e respectivo tratamento podem provocar, permitindo assim um melhor conhecimento do doente, da sua vivência com a situação e a sua adaptação à mesma”. (Amorim, 2009:40)

Assim e segundo a mesma autora a avaliação no que respeita à QV, permite

“detectar a mudança na saúde física, funcional, mental e social com a finalidade de avaliar custos e benefícios humanos de novos programas de intervenção, tendo adicionalmente um potencial de uso na prática clínica diária, permitindo aos técnicos de saúde dar prioridade a problemas, comunicar melhor com os doentes, detectar potenciais adversidades e identificar preferências do doente”. (Amorim, 2009:41).

Dentro deste contexto podemos inserir a consulta de enfermagem, que para lá de toda a sua componente técnica, proporciona ao enfermeiro possibilidades de atuar de forma direta de modo a cooperar para a promoção da saúde, de modo a contribuir para o bem-estar da pessoa ou pessoas coletivas a que se destina.

Como já referenciado a consulta de enfermagem em contexto hospitalar, surge tendo em conta o dar provimento ao despacho nº 3052/2013, sendo no entanto uma mais-valia a sua implementação, pois havia uma quebra na continuidade da assistência em enfermagem, quando os utentes, por necessidade de consulta diferenciada transitavam para a consulta de diabetes a nível hospitalar. Assim, sendo para se poder dar seguimento às consultas autónomas de enfermagem nos ACES, as consultas da UID, são uma mais-valia pois tenta-se o mais possível continuar a trabalhar com o utente diabético e familiares de forma a promover a sua autonomia ao ser capaz de gerir a sua diabetes de forma adequada.

Segundo refere o despacho nº 3052, as UID devem ser organizadas de forma a:

“ a) *Estabelecer uma estrutura organizativa multidisciplinar da consulta; b) garantir que a informação é inserida no processo individual e possibilite o diagnóstico, a monitorização, a avaliação e o tratamento de complicações, c) estabelecer um plano educativo e terapêutico individualizado incluindo a educação para a autogestão da doença, que abranja programas de terapêutica (...).* “ (MS 2013:7529)

Ainda segundo o mesmo, na consulta da diabetes a nível hospitalar a equipa multidisciplinar deve ter em conta o reforço no que refere à educação da pessoa com diabetes em contexto do seu autocontrolo e da autogestão da sua doença, nomeadamente na alimentação, atividade física, objetivos glicémicos e registo dos parâmetros de controlo da diabetes, nomeadamente a hemoglobina glicada, cuidados com os pés, vigilância oftalmológica, controlo da pressão arterial, controlo dos lípidos, esquema terapêutico. (2013) Ou seja, define-se com cada pessoa com diabetes as metas e objetivos a atingir individualmente.

De referenciar que a educação em saúde e a promoção do autocuidado são uma mais-valia na promoção da saúde no entanto deve ser providenciada por uma equipa multidisciplinar, especializada de modo a permitir altos padrões de qualidade nos cuidados



prestados, de modo a obter uma diminuição das morbilidades atribuídas. Tendo sempre presente que estas estratégias a utilizar devem reforçar e fomentar a autonomia, ressaltando que esta deve ser gradual de modo a que a pessoa que possa tomar decisões responsáveis.

Tendo em conta a prática profissional, e analisando o perfil da maioria dos utentes que se dirigem à consulta de enfermagem da Diabetes, estes são de uma faixa etária mais elevada e com doença crónica. Essa cronicidade implica, muitas vezes uma diminuição da qualidade de vida e uma baixa adesão ao tratamento. Assim, segundo nos afirma Xavier (2009), a educação é um dos pontos fundamentais no tratamento da diabetes, sendo de extrema relevância que os doentes sejam melhor informados sobre a doença e, assim, consigam lidar com a mesma mais ativamente.

Com base no que foi referenciado, reconhecemos que a Teoria do autocuidado de Orem é a que mais se identifica com a nossa prestação de cuidados. O autocuidado baseia-se na crença de que cada pessoa é capaz de cuidar da sua saúde, de forma individual, de proteger o seu bem-estar físico, mental e social, de compreender as suas atitudes, de prevenir doenças, de satisfazer necessidades físicas e psicológicas.

### *A enfermagem e o autocuidado na diabetes*

Podemos designar autocuidado como “(...) uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por elas para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar” (Flora & Gameiro, 2016:18). E ainda referir que “O autocuidado refere-se às ações que as pessoas adotam em benefício de sua própria saúde, sem supervisão médica formal. É definido como práticas realizadas pelas pessoas e famílias, mediante as quais são promovidos comportamentos positivos de saúde, na prevenção de enfermidades e no tratamento dos sintomas” (Baquedano *et. al.*, 2010:2).

Ao considerar que as pessoas com diabetes *mellitus* apresentam condição crónica de saúde, a qual exige cuidados permanentes, para que a sua qualidade de vida se mantenha e consequentemente haja controlo metabólico, há necessidade de desenvolver consciencialização da importância do autocuidado no manejo da doença. A enfermagem é uma profissão que se constrói na relação de confiança com o utente. Esta profissão visualiza o utente holisticamente, pois sabemos que o ser humano não deve ser visto apenas com um olhar, mas com visão biopsicossocial. (Chaves *et al* 2013). Pode-se então dizer que “Os enfermeiros são os profissionais mais vezes considerados como principais facilitadores do apoio educativo, bem como do autocuidado” (Cardoso, *et al.* 2015:1).

Cabe então à equipa multiprofissional que desenvolve trabalho junto da pessoa diabética auxiliar, instruir e desenvolver uma consciencialização e capacidades para que a pessoa se autocuide. O objetivo é que haja um controlo sobre a doença prevenindo ou retardando as complicações crónicas a ela associadas. A presença do enfermeiro é particularmente importante quando ocorrem situações em que a pessoa tem dificuldade para se responsabilizar pelo cuidado consigo mesma. Ou seja, a capacidade de desempenhar o autocuidado no seu dia-a-dia surge no sentido da rotina, do processo de “instrução e aprendizagem e supervisão de outros e mediante a experiência de medidas de autocuidado” (Baquedano *et al.* 2010:2). Pode-se também dizer que passa parte do estilo de vida do indivíduo pautado por padrões de conduta em prol da sua saúde e que influencia a sua dinâmica social.

O autocuidado também traz benefícios a nível financeiro, “O autocuidado é estratégia eficaz para a redução dos custos em saúde, colaborando para a redução do número de admissões hospitalares e das consultas de urgência, uso racional dos medicamentos e melhor relação entre o profissional de saúde e o paciente” (Baquedano *et al.* 2010:3).

Os estudos feitos acerca do autocuidado em pessoas diabéticas, focam-se em dois pontos-chave: idade e escolaridade.

Relativamente à escolaridade, o estudo feito por Baquedano *et al.* (2010), revelou quanto maior a sua qualificação literária maior a sua consciencialização e preocupação para com as consequências da doença crónica supra mencionada.. “Assim, pessoas que receberam maior número de anos de educação formal tendem a apresentar maior conhecimento e habilidades para o cuidado em saúde, bem como melhor capacidade para bem relacionar-se com a equipa de saúde” (Baquedano *et al.*, 2010:7). Assim na consulta de apoio ao doente diabético, o enfermeiro deve ter este fator em consideração e adequar o tipo de informação e de instrução ao paciente e a sua formação, correspondendo as necessidades de cada um, integrando estratégias diversas que mobilizem as pessoas para o autocuidado.

No que concerne à faixa etária, focou-se nos indivíduos com idade superior a 65 anos, estes apresentam características específicas desta faixa etária e outro tipo de acompanhamento. Assim sendo, a autora verificou que é necessário um maior acompanhamento não só da parte do pessoal de saúde, como dos familiares e terceiros. No entanto, a mesma autora enfatiza que, nesta faixa etária, “quando a pessoa com diabetes apresenta alguma incapacidade e/ou limitação, a presença do profissional é fundamental para estimular sua motivação e ajudá-la a desenvolver habilidades para o autocuidado” (Baquedano *et al.* 2010:7).

Outros autores enfatizam também a adolescência. É na adolescência que

“Os adolescentes encontram-se numa fase de autonomização em relação à responsabilidade parental e caminham na definição do self com a consolidação de pertença a grupos de pares. Procuram a definição da identidade pessoal, aprofundam as relações com os pares, intensificam os interesses intelectuais e desenvolvem um sentido de pertença social (Sampaio, 2010)” (Flora *et al* 2016:18).

Num estudo feito por Flora, num nível global os adolescentes demonstram um bom nível de conhecimento face à diabetes, nomeadamente conceitos, consequências e ações preventivas. No entanto, concluiu que é necessário corrigir conceitos erróneos que surgiram intervindo nestas faixas etárias de forma dirigida, pois “O controlo da doença no âmbito do autocuidado revela-se de grande valor na conquista da autonomia dos adolescentes e na diminuição dos riscos associados.” (Flora *et al* 2016:17) bem como impactos a nível comportamental, social e financeiro.

Conclui-se que “A capacidade de autocuidado está vinculada a múltiplas variáveis, que merecem atenção dos profissionais de saúde quando da proposição de programas de educação.” (Baquedano *et al.* 2010:1), bem como o facto de o enfermeiro estar diretamente ligado com o controle da diabetes, a partir do momento que realiza os cuidados e orientações da automonitorização da doença.

O autocuidado e a automonitorização são essenciais no direccionamento do tratamento, “(...) pois, de acordo com os valores obtidos, serão traçados novas condutas a respeito de medicações, alimentação e atividades físicas. É através desses valores, que o enfermeiro avalia se o tratamento está surtindo efeito e se o paciente aderiu a ele. Esta ação é bem visualizada pela enfermagem, pois são os profissionais que possuem um maior convívio com o paciente e servem de “ponte” para encaminhar, se necessário, o usuário para uma nova avaliação médica” (Chaves *et al.* 2013:4).

#### *A enfermagem e a promoção da qualidade de vida na diabetes*

Assiste-se a uma preocupação crescente com a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, isto é, da qualidade de vida das pessoas que, por qualquer razão, estão ligadas ao sistema de cuidados de saúde, e que tem como elemento central a saúde (Silva 2003:1).

No entanto, o conceito de qualidade de vida é subjetivo que varia consoante a interpretação de cada autor. Porém todos eles têm um ou mais pontos em comum como fatores sociais. Para Miranzi, qualidade de vida é “(...) uma noção eminentemente humana,

estando aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Está relacionada aos elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, variando com a época, os valores, os espaços e as diferentes histórias, com foco na promoção da saúde.” (2008:673).

“Burckhardt et al (1989); Thompson, (1990); Heller, (1991); Lipp; Rocha, (1994) definem como qualidade de vida o conjunto de respostas manifestadas pelos indivíduos aos fatores físicos, emocionais, sociais e económicos com os quais interagem. Gutierrez (1985) explicita o conceito de qualidade de vida relacionando-o à capacidade de exercer funções da vida diária, à produtividade, à capacidade intelectual, estabilidade emocional e à satisfação de viver. Ferrans; Powers (1992) salientam que a satisfação com a vida, incluindo aspectos de interação familiar e social, desempenho físico e exercício profissional é um dos parâmetros importantes para a avaliação da qualidade de vida do indivíduo” (Souza 1997:152).

Segundo Silva (2003) citando Ribeiro (1994),

“o paradigma da qualidade de vida, tal como é percebido pela Psicologia, possui um conjunto de características operacionais que o tornam substancialmente diferente das variáveis tradicionalmente consideradas no sistema de cuidados de saúde, entre as quais destaca o facto de ser um conceito multifactorial, de variar com o tempo e de ser uma medida de percepção pessoal, logo, subjectiva.” (2003:2).

Contudo, existem outros autores que focam a qualidade de vida numa relação paralela à da saúde. Ou seja, focam-se nos efeitos da doença, sintomas, curso e tratamento ao longo da vida do utente. Assim, está implícito que, após diagnosticada a doença, a saúde passa a ser um dos principais pontos da vida do utente e consequentemente determina a sua qualidade de vida. O aumento de pessoas com doença crónica e o desenvolvimento de novos tratamentos e tecnologias que permitem (con)viver com estas doenças por períodos de tempo extremamente longos, senão mesmo toda a vida, pondo em causa a qualidade de vida do utente. Relativamente à pessoa diabética há um foco na qualidade de vida do mesmo. Este foco reflete um esforço para melhorar a compreensão que temos da forma pela qual os seus diferentes domínios são influenciados pelas características da doença aludida e do respetivo tratamento, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos doentes crónicos, apesar da sua doença, dos sintomas, da incapacidade ou das limitações de que dela advêm.

Estudos feitos por Silva (2003) revelaram que “entre os indivíduos com diabetes, aqueles que sofrem de complicações crónicas demonstram ter uma qualidade de vida inferior à dos que não sofrem de sequelas da doença.” (2003:8). Ainda estudos feitos por Souza (1997) concluíram que as pessoas diabéticas sentiam-se satisfeitos, uma vez que “(...) sentiam a

influência da doença em áreas como o trabalho estudo atividade do lar, capacidade física e relacionamento familiar. Este sentimento de satisfação deve-se, talvez, ao facto de os indivíduos possuírem compensações que os ajudavam a superar as dificuldades da doença.” (Souza 2002:160)

Segundo o mesmo autor,

“Ser diabético significa vivenciar uma profunda transformação em seu mundo, aprender a viver com certas limitações e com situações que exigem domínio físico e psíquico de si mesmo. A pessoa deve manter sempre um controle do nível glicémico, uma dieta especial, injeções de insulina e o controle do stress e das atividades físicas. Apesar disso, há sempre a ameaça de descompensação (Baptista, 1992).” (Souza 2002:160).

Por isto tudo estas pessoas precisam de um acompanhamento de pessoal qualificado para que na sua vida, no seu autocuidado, a sua qualidade de vida seja sempre viável e a melhor possível.

“Como profissionais de saúde, precisamos conhecer estes pacientes em sua totalidade, se o objetivo é de ajudá-los; não devemos restringir nossa atuação apenas aos procedimentos técnicos ou à doença. (...), pois da sua atitude positiva é que dependerá, fundamentalmente, a qualidade de vida. É necessário, portanto, que, no contacto com estes utentes, sejamos capazes de ampliar a nossa visão assistencial, integrando a ela a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida.” (Souza 1997:161).

Ferreira (2002) acrescenta que, como a gestão desta doença crónica requer a partição ativa dos utentes, é necessário monitorizar o seu impacto a nível social. Ou seja, o aumento do “ganho” de saúde tem que incluir o impacto e repercussões da doença no dia-a-dia da pessoa. “Por fim, e para complementar o conceito de qualidade de vida do diabético, há também que recolher informação relativamente à satisfação com o tratamento, sobre o impacto do tratamento, a percepção sobre possíveis consequências da diabetes no futuro e percepções de natureza social.” (Ferreira 2002:407).

Assim, a atuação dos profissionais de saúde, no apoio e instrução dos utentes no seu autocuidado é fundamental para que a pessoa diabética possa de facto vivenciar uma vida com qualidade. Assim sendo, o objetivo é que eles autorregulassem “(...) o seu estado de saúde e se tornassem com o tempo mais autónomos, até ao ponto de serem, eles próprios, gestores do seu próprio processo terapêutico, cabendo aos profissionais de saúde o papel de conselheiros, orientadores e mediadores deste processo.” (Ferreira 2008:59) promovendo assim qualidade de vida.

## II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO

### **3 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

#### **3.1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

O estágio decorreu no serviço de Consultas Externas do Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre da ULSNA. EPE.

A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE, foi criada em março de 2007, de acordo com o Decreto-Lei n.º 50-B/2007, 28 de Fevereiro de 2007, entidade jurídica que presta cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados, que embora funcionando como um todo é constituída pelo hospital mencionado no paragrafo anterior, assim como o Hospital Sta. Luzia de Elvas, bem como todos os Centros de Saúde do distrito de Portalegre (Aces S. Mamede) com as respetivas unidades (UCSP,USF).

O Hospital Dr. José Maria Grande, foi aberto ao público em Dezembro de 1974, é constituído por 7 pisos, com serviços de internamento de diversas especialidades.

O estágio decorre no serviço de consultas externas cuja sua localização se situa, no 2º piso do edifício principal do referido hospital, podendo-se-lhe ter acesso quer pelo seu interior, quer pelo seu exterior por uma entrada lateral independente.

O serviço de consultas funciona diariamente de segunda a sexta-feira das 9h às 17h, sendo que este período se encontra dividido em dois tempos de consulta: o período da manhã que usualmente se inicia às 9 horas e o período da tarde às 14 horas, sendo que no entanto por vezes em determinados dias o horário prolonga-se até terminar as consultas que estão a decorrer. É constituído por várias salas de consulta, tratamento e cirurgia de ambulatório, bem como salas de exames complementares de diagnóstico. Durante a semana decorrem consultas de várias especialidades, entre elas: Medicina (subdividida em áreas de Medicina interna, autoimunes, diabetes, tiroide); Cirurgia Geral; Angiologia; Proctologia; Pé diabético; Senologia; Cardiologia; Pediatria; Nefrologia; Pneumologia; Oftalmologia; Ortopedia; Urologia; Consulta da dor, divididas pelos diferentes dias da semana, bem como o ambulatório da cirurgia de oftalmologia e pequenas cirurgias. Aos fins-de-semana decorrem por vezes consultas da especialidade de otorrinolaringologia, oftalmologia, mais especificamente na vertente da retinopatia diabética.

O estágio, que é o ponto de partida para a elaboração deste relatório irá decorrer na Unidade Funcional de Diabetes, onde se procede à Consulta e Enfermagem da Diabetes de em

conjugação com a Consulta Médica direcionada para a área da diabetes, dispondo de salas próprias para o funcionamento das mesmas.

Nesta consulta, contamos com o apoio de diversas especialidades médicas, que apoiam sempre que necessário e dão uma resposta bastante positiva sempre que solicitadas, como é o caso da oftalmologia (principalmente no PRDT); nefrologia, pé diabético, cardiologia, pois geralmente é nessas áreas que surgem as maiores complicações advindas da doença.

### 3.2 – POPULAÇÃO ALVO

Conforme refere o do despacho n.º 3052/2013, *“O diagnóstico precoce e a intervenção atempada diminuem substancialmente o risco de complicações na diabetes (...).*

*Por outro lado, as pessoas com a diabetes bem controlada terão melhores índices de saúde e conseqüentemente melhor qualidade de vida.*

*Neste contexto, a coordenação entre níveis de cuidados configura-se essencial para a melhoria de todos os processos de assistência e acompanhamento na diabetes.”*

Usualmente os utentes adultos com a patologia de diabetes são seguidos em consulta através do seu Médico de Família nos respetivos Centros de Saúde dos concelhos onde residem, com a periodicidade respetiva, de modo a que trabalhando em conjunto com o utente este mantenha a sua diabetes o mais compensada, de forma a minimizar todo o aparecimento de complicações. No entanto, por vezes surgem intercorrências em que existe uma descompensação da sua diabetes, que adquire proporções, onde se torna difícil retomar o seu controlo, pelo que existe a necessidade de recorrer a cuidados mais diferenciados no âmbito do controlo da mesma.

Assim:

Quanto o utente diabético, se apresenta descompensado ou de difícil controlo, como seja:

- O diabético tipo 2 a fazer ADO, em associações, que atingem o máximo desejado, a necessitar de insulino terapia;
- Diabético tipo 2 insulino tratado, e diabético tipo 1.

Estes são referenciados para a consulta de diabetes multidisciplinar hospitalar

Sendo que a ULSNA, é constituída por dois hospitais, que dispõem, quase similarmente do mesmo tipo de valências, também as Consultas de Diabetes, referentes as respetivas UIDs estão dentro deste contexto.



Assim, os utentes diabéticos são referenciados para a consulta de Diabetes nas UIDs, que abrange a sua área de residência, através do **Alert P1**

Também são referenciados para essa consulta

- ◆ Pedido de consulta DM por outra especialidade
- ◆ Pedido de consulta de serviço de urgência
- ◆ Pedido de consulta pós-alta de Serviço de internamento

Após entrada do pedido, o utente é referenciado para a Consulta de Diabetes a nível hospitalar, sendo esta efetuada por 4 Médicos de Medicina Interna (2 Médicas no HDJMG Portalegre e 2 Médico/a no HSL Elvas), especializados na área da Diabetes, contando com a colaboração dos Enfermeiros que fazem parte dessa unidade, e quando necessário com uma Equipa Multidisciplinar de modo a prestar todo apoio necessário ao utente com diabetes.

A população alvo a que se refere o relatório de estágio, incide sobre **os utentes diabéticos que acorrem ao serviço de Consultas Externas do Hospital Dr. José Maria Grande**, que necessitam de uma consulta Médica mais diferenciada em termos da sua patologia, concomitantemente procede-se com a consulta de enfermagem.

Posteriormente, a partir do momento, em que a situação que motivou a referência do utente diabético estiver superada, estes serão reencaminhados novamente para os Médicos de Família, mantendo-se no entanto por vezes em situação de partilha de cuidados quando existem complicações que necessitam de cuidados hospitalares periódicos e multidisciplinares. (Apêndice I)

## 4 – PLANEAMENTO EM SAÚDE NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA DIABETES MELLITUS

“O planeamento da saúde é indissociável dos factores que condicionam a mesma: biológicos endógenos, ambiente, hábitos de vida e sistema de cuidados” (Imperatori & Giraldes, 1993:21).

Ainda segundo os mesmos autores, podemos considerar “ *o planeamento da Saúde* como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos” (Imperatori & Giraldes, 1993:23).

O planeamento em saúde deve ser tido em conta como um processo contínuo e dinâmico, constituído por várias fases; diagnóstico da situação; definição de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos; preparação da execução e avaliação. (Anexo I) No entanto temos que interiorizar que, nunca se poderá “ ... considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levam a refazê-la. Da mesma forma, uma vez concluída a etapa de avaliação, haverá que voltar de novo à etapa de recolha e análise dos dados, à luz das modificações entretanto existentes.” (Imperatori & Giraldes, 1993:28).

### 4.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Como foi referido por Imperatori & Giraldes o primeiro passo no planeamento tem o seu início no **diagnóstico da situação**, este deve possuir “... como principais características ser suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais, por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respectivos factores condicionantes, suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas e, fundamentalmente, sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido por todos e para que não se gastem demasiadas energias nesta fase, prejudicando as seguintes (Imperatori & Giraldes, 1993:28).

“A concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou actividades” (Imperatori & Giraldes, 1993:43).

A Diabetes é um problema de saúde pública com um crescendo constante a nível mundial que está a atingir proporções epidémicas afetando todas as camadas sociais. Nessa perspetiva, vários esforços têm sido mobilizados pelos governos e comunidades face a esta situação

Esta doença é um desafio constante para a sociedade e para os Sistemas de Saúde dos diferentes países, com consequências socioeconómicas significativas, onde a mortalidade, o aumento das co morbilidades que estão associadas a uma diminuição da produtividade e a um aumento dos gastos em saúde apresenta aspetos cada vez mais preocupantes. Segundo os dados que podem ser consultados através da Federação Internacional de Diabetes e Observatório Nacional da Diabetes, instituições idóneas, continua-se a verificar um aumento constante a nível mundial.

O diagnóstico precoce, bem como a intervenção oportuna e atempada podem diminuir de forma substancial o risco de complicações desta patologia, com tudo o que isto implica, pelo que, é essencial que exista uma coordenação entre os diferentes serviços de modo a providenciar uma melhor prestação de cuidados e uma melhoria da qualidade de vida.

Nesta perspetiva surge a necessidade de fazer face a este constante crescimento, de modo a se obter uma resposta assaz, capaz de diminuir essa curva ascendente da diabetes, assim no decorrer da Resolução de 14 de Março de 2012 do Parlamento Europeu, Portugal decretou o Despacho nº 3052/2013, que no seu conteúdo aponta para a “... coordenação entre níveis de cuidados configura-se essencial para a melhoria de todos processos de assistência e acompanhamento na diabetes”. Pelo que para tal se procedeu à criação de um modelo organizacional com a criação das Unidades Coordenadoras Funcionais para a Diabetes que são a entidade que colabora estreitamente com todas as unidades funcionais dos diferentes Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) e os Serviços Hospitalares com as Unidades Integradas da Diabetes (UID), com o “intuído melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde prestados, numa ótica de consumo de eficiente de recursos disponíveis, através do estabelecimento de circuitos de referenciação de circulação da informação clínica entre os profissionais e serviços envolvidos, ...” (Despacho nº 3052/2013:7528).

Ainda segundo o mesmo despacho “na base de este modelo organizacional, deverão estar consultas especializadas de diabetologia, em ambulatório, com processos e procedimentos padronizados, com envolvimento multidisciplinar, tempos e espaços dedicados, tanto nas unidades de cuidados de saúde primários como os hospitais.

Dando provimento à criação duma Unidade Integrada da Diabetes (UID), da ULSNA, num dos hospitais que fazem parte desta unidade, mais precisamente a nível do Serviço de Consultas Externas do Hospital Dr. José Maria Grande, procedeu-se à criação e

implementação da Consulta de Enfermagem da Diabetes (Apêndice II), voltada para o utente diabético que frequenta as consultas mais diferenciadas a nível hospitalar nessa área em particular.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a Consulta de enfermagem é definida como “... uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao Enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem” (Ministério da Saúde, 1999).

Esta consulta funciona em espaço próprio, principalmente em complementaridade com a Consulta de Medicina – Diabetes e com outras especialidades, de modo a que se promova a nível hospitalar uma consulta autónoma cujas intervenções incidem sobre os utentes que afluem ao serviço, com as características já referenciadas na população alvo; que apresentam necessidade de reforçar a sua educação, de modo a que eles sejam os responsáveis pelo seu autocuidado ou em caso de não o conseguirem que a família que o rodeia ou alguém responsável por ele (instituições) de modo a manter a diabetes compensada evitando toda uma série de complicações, melhorando também a sua qualidade de vida.

Pelo que se pode considerar que o diagnóstico da situação passa pela implementação de uma consulta de enfermagem da diabetes junto do utente diabético que acorre ao serviço de consulta externa de modo a ter uma ação interventiva face à sua educação de modo a promover o seu autocuidado.

#### 4.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

“A definição, escolha ou selecção de prioridades é, na metodologia que estamos a usar, a segunda fase do processo de planeamento da saúde”. (Imperatori, 1993)

“ Trata-se na sua essência, de um processo de tomada de decisão. Visando (...) a utilização de recursos e a optimização a atingir pela implementação de um projecto, torna-se necessário seleccionar prioridades... ”. (Tavares, 1990:83).

Para Imperatori “ operacionalmente, considera-se problema de saúde toda a situação de doença...” (1993: 63), ainda segundo o mesmo autor “toda a doença deve ser interpretada

como o resultado final de uma série de factores que é necessário objectivar para uma melhor selecção de prioridades e para uma melhor definição de estratégias...” (1993:63).

A prioridade em termos do planeamento em saúde estão implicitamente relacionadas, com o foco principal (utente diabético) e que passa pela nossa intervenção em contexto de consulta de enfermagem na promoção do autocuidado, através da educação terapêutica.

#### 4.3 – FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

“Realizado o diagnóstico e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objectivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo. ” (Giraldes, 1993:77), que como refere Tavares (1990), devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis.

Ainda segundo o mesmo autor, devem ser tidos em conta cinco elementos no que concerne à formulação de um objetivo, como a seja: natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou fracasso, a população-alvo a que se refere, a zona onde deve ser aplicado o projeto e o tempo para ser atingido (Tavares, 1990).

Os objetivos traçados no âmbito geral:

- ➡ Implementar a consulta de enfermagem na área da Diabetes Mellitus a nível do serviço de consulta externa como parte de uma equipa multidisciplinar
- ➡ Capacitar os utentes com DM para o autocuidado em relação à sua doença através da educação
- ➡ Promover a melhoria dos cuidados prestados aos utentes diabéticos

Os objetivos específicos:

- ◆ Contribuir para a criação das infraestruturas necessárias para a criação de uma CED no serviço de Consultas externas
- ◆ Desenvolver instrumentos de suporte para a viabilização e dinamismo da consulta.
- ◆ Avaliar e analisar as estratégias de intervenção de modo a dar continuidade a consulta de enfermagem

- ♦ Estruturar a consulta de enfermagem através de ensinios sistematizados que auxiliam a pessoa com diabetes, a adquirir conhecimentos de modo a gerir a sua doença.
- ♦ Avaliar e analisar a evolução das estratégias de aprendizagem com o utente.

Segundo Giraldes, “esta é uma etapa fundamental, na mediada em que apenas mediante uma correcta quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Giraldes, 1993:77)

Ainda segundo o mesmo autor quatro aspetos podem ser tidos em conta nesta etapa: seleção de indicadores dos problemas; determinação da tendência dos problemas tidos como prioritários, fixação dos objetivos a atingir; e tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas. (Giraldes, 1993).

O “indicador representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” (Tavares, 1990:120).

Podem ser tidos em conta dois tipos de indicadores no que concerne ao planeamento de projetos em saúde, por um lado os indicadores de resultado ou impacto (mede a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual do problema), por outro lado indicadores de atividade ou de execução (permite medir as atividades desenvolvida pelos serviços de saúde). (Giraldes, 1993)

Dado em termos de validação no que concerne aos resultados a que reporta o decurso do nosso período de estágio apenas no que refere aos indicadores, neste momento apenas podemos referenciar o indicador de atividade, em detrimento dos indicadores de resultado.

Se tivermos em conta apenas os utentes que frequentarem a consulta, este dado foi possível saber, através do programa informático “o sonho”, perfazendo um total de:

Mês	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Nº consulta	24	16	57	44	42	31

No entanto apenas se refere à contabilização do ato médico.

Assim, como a implementação da consulta de enfermagem na área da diabetes, se processou num período de tempo não muito longo (sempre a estruturar-se), neste momento ainda não dispomos de dados seguros em termos de os indicadores e execução.

No que se refere em termos dos **indicadores de atividade**, poder-se-á dizer que se podem considerar

- Realização de pelo menos uma reunião com CA do HDJMG;

- Realização de pelo menos três reuniões com a Orientadora do Relatório de estágio;
- Realização de pelo menos duas reuniões com a Chefe do Serviço de Consultas Externas sobre infraestruturas (espaços e materiais) e horários da realização da consulta;
- Realização de várias reuniões com a equipa multidisciplinar no sentido de delinear as diretrizes sobre abordagem ao utente;
- Criação de instrumentos de trabalho, sob a forma de fichas de modo a apoio no decorrer da consulta;
- Criação e distribuição de folhetos informativos de apoio para os utentes;

Sem estar a utilizar validação através de indicadores de atividade, esperamos que de alguma forma tudo isto resulte de uma forma positiva, principalmente para o utente, que em certa parte é ele que tem mais a ganhar.

#### 4.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

“A etapa de selecção de estratégias é uma das etapas mais fundamentais num processo de planeamento. Com ela se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários”. (Giraldes, 1993:87)

Esta quarta etapa conjuntamente com a anterior encontra-se mais direccionada à fase tática.

“Segundo Tavares, ao escolher a estratégia a realizar, deve-se ter em conta a função de quatro parâmetros: custos; obstáculos; pertinência e vantagens e inconvenientes. (1990)

“ Pode definir-se estratégia de saúde como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Giraldes, 1993:87).

Assim e tendo em conta os objetivos, foram delineadas as seguintes estratégias

Estratégias de *implementação da consulta de enfermagem* da diabetes através:

- Organização e delineação do espaço onde se vai proceder a consulta.
- Previsão de material necessário, para o decurso da mesma.
- Organização e programação do funcionamento da mesma.

- Autorização ao CA, comissão de ética e chefe de Serviço das Consultas Externa para a implementação das fichas criadas, no contexto da consulta de Enfermagem da diabetes.

- Criação de ficha de colheita de dados da 1ª consulta
- Criação de ficha de colheita de dados da consulta seguinte
- Criação de ficha de avaliação do pé diabético

Estratégias de *intervenção da consulta de enfermagem* da diabetes através:

- Colaboração com a equipa multidisciplinar no âmbito de prestar cuidados ao utente de forma uniformizada entre todos
- Monitorização a vigilância do utente com diabetes
- Elaboração e divulgação de medidas orientadoras dirigidas a pessoas com diabetes e/ou familiares
  - Promoção de estilos de vida saudável
  - Ensino em termos nutricionais
  - Ensino para autovigilância da diabetes
  - Educação terapêutica da pessoa com diabetes, técnicas de administração de insulina.
  - Estar atenta aos sinais de descompensação da diabetes e normas de atuação
- Monitorização e implementação do rastreio do pé diabético
- Parametrização e avaliação do controlo metabólico, nomeadamente a A1c
- Monitorização dos fatores de risco, nomeadamente cardiovasculares
- Fomentação da acessibilidade entre os CSP e as consultas a nível hospitalar
- Prevenção e deteção precoce da doença ocular, renal, neuropática e pé diabético
- Promoção de literacia, através da elaboração de material

#### 4.5 – ELABORAÇÃO DE PROJETOS E PROGRAMAS

“Após uma tomada de decisão sobre quais as estratégias do ponto de vista político, técnico e de aceitação pela população, haverá que passar então à presente fase do processo de planeamento (...)” (Giraldes, 1990:129)



Após finalizadas as duas últimas etapas anteriores é necessário operacionalmente a execução do projeto. Entenda-se por projeto “conjunto de atividades contribuindo para a execução de um Programa, decorrendo num período bem delimitado de tempo”. (Tavares, 1990:165)

Tendo por ponto de referência o Despacho nº 3052/2013, deu-se seguimento a essa linha de pensamento com a criação de um projeto estágio, direcionado para a implementação da consulta de enfermagem em contexto hospitalar (Apêndice II ).

#### 4.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Segundo Imperatori e Giraldes (1993:149), “a preparação da execução é a etapa do planeamento da saúde que tem mais pontos em comum com as fases que lhe são anterior e posterior.”

A fase da preparação da execução além de outras determinações, “pretende-se com ela mostrar as inter-relações entre as diferentes atividades” (Imperatorie e Giraldes, 1993:149), tendo em conta todas as ações que podem interferir com a realização das atividades.

Pelo que “a especificação detalhada das atividades, a realizar nesta fase do processo de planeamento, consiste essencialmente em definir mais pormenorizadamente os resultados a obter (...), preparar uma lista das actividades (...) e precisar como cada uma dessas actividades deve ser executada; determinar detalhadamente as necessidades recursos ao longo do tempo, e estabelecer um calendário detalhado da execução (...)” Imperatori e Giraldes, (1993:149)

No sentido de dar início à Consulta de enfermagem de diabetes, houve necessidade de se proceder a algumas reuniões, por um lado com a Professora da ESSP, orientadora do estágio, no sentido de perceber a viabilidade do mesmo. Por outro com a Enfermeira chefe, do local onde iria decorrer esse mesmo estágio no sentido de saber da disponibilidade em termos de tempo e de espaço físico, com uma só diretriz a de se poder implementar a consulta de enfermagem de diabetes, o mais rapidamente possível.

O segundo passo a ser definido foi reunião com a médica de medicina interna responsável pela consulta de diabetes (embora futuramente sejam duas, uma encontra-se por razões pessoais ausente), no sentido de parametrizarmos a melhor maneira de se proceder na conjugação das duas consultas de modo a providenciar-se o que de melhor se possa obter para benefício do utente que as frequenta. Tendo-se tudo conjugado pela positiva, deu-se provimento ao terceiro passo, tendo já disponibilidade em termos de tempo e de espaço físico,

foi necessário fazer um levantamento do material necessário, para o decurso da consulta, tendo sido feito sob a forma de uma pequena lista, que foi posteriormente dada a enfermeira chefe do serviço, pois é ela a responsável pela requisição do material.

Nesta fase também foi solicitado junto do departamento de informática, qual a viabilidade referente ao fato de podermos ter acesso a uma base de dados de forma a podermos registar os dados e intervenções do âmbito da enfermagem efetuadas junto do utente de modo a termos uma continuidade dos mesmos, foi-nos dito que tal não era viável. Perante isso procedeu-se à criação de instrumentos de trabalho com as fichas de primeira consulta (Apêndice III), consulta seguinte (Apêndice IV) e de avaliação do pé diabético (Apêndice V).

No sentido de se proceder à reafirmação da informação e ensinamentos a promover junto do utente com o intuito de que este reforce e adquira conhecimentos de forma a assumir o controlo da sua doença, foram também elaborados alguns folhetos de ajuda (Apêndice VI, VII, VIII, IX, X, XI). Embora se possa dispor de alguns fornecidos por determinadas entidades, foi tido em atenção que face à maioria das características da população do distrito (idosa, escolaridade baixa) o mais viável seria a criação de folhetos próprios, com frases curtas e sucintas de modo a fornecer a informação de forma direta.

Face ao anteriormente descrito, os recursos necessários para a execução desta etapa passa por em termos de:

- ✓ Recursos Humanos, passa por: Médicos de Medicina Interna (2); Enfermeiros (incluindo a Enfermeira chefe); Utentes que frequentam a consulta; Assistentes operacionais; Pessoal administrativo, técnicos de saúde em diferentes áreas.

- ✓ Recursos materiais, gabinete de consulta (tendo sido também adaptado para esta consulta algum material já existente nesta sala, pois fora do horário previsto para a consulta de enfermagem da diabetes serve para outras); computador com ligação à internet e impressora; marquesa elevatória, armários multifunções, balança para avaliação do peso e altura de modo a proceder-se ao cálculo do IMC, esfigmomanómetro digital; material para a avaliação do pé (monofilamento de pesquisa de sensibilidade à pressão, martelo de reflexos, diapasão para a avaliação da sensibilidade); alicate de unhas; Glicómetro (com respetivo material para a avaliação da glicémia) e outro material de apoio a uma sala de consulta.

#### 4.7 – EXECUÇÃO

Finalizada que foi a etapa anterior, passou-se de imediato à execução, sendo que o foco principal da mesma foi o de podermos proceder à implementação da consulta de enfermagem, bem como a intervenção na mesma.

Desde o início tivemos uma mais-valia do nosso lado que foi o haver uma grande abertura e disponibilidade no sentido de se poder avançar com a referida consulta. Assim, como nos terem facultado um espaço físico, com o respetivo material de apoio de modo a podermos proceder à calendarização do início da mesma.

Posteriormente foi feita a calendarização conjuntamente com a médica e com a enfermeira chefe dos dias em que se processaria a consulta dentro desta área. Esta inicialmente foi constituída por dois períodos (segundas-feiras no período da tarde e quintas-feiras no período da manhã), mais tarde com o retorno da outra médica adstrita à consulta existira mais um período de consulta, cujo horário será quintas-feiras (manhã e tarde). Também no decurso destas reuniões foram, tidas em conta uma série diretrizes a ter em conta como equipa multidisciplinar no sentido mantermos uma só linguagem na abordagem ao utente referenciado para a consulta.

Sendo que esta consulta neste momento apresenta algumas limitações, se por um lado temos uma autonomia para intervir junto do utente de modo a prestar os melhores cuidados de enfermagem, por outro lado está sujeita à consulta médica, pois só funciona em dois *timings*: pré consulta médica (mais habitual) e pós consulta médica, quando existe necessidade de prestar mais algum tipo de ensino.

Ao darmos início à consulta de enfermagem, começamos com a identificação dos intervenientes, posteriormente procedemos à apresentação da mesma, explicando o que é e o que se pretende com a mesma.

Mas para nós seguirmos uma certa ordem no decurso da consulta, valemo-nos para tal das fichas que foram elaboradas no sentido de fornecer a maior quantidade de informação à equipa de saúde, no que se refere ao utente diabético que frequenta a consulta. Sendo, no entanto de referir, que até obtermos o resultado final destas fichas, foram feitas algumas tentativas e ajustes, de forma a obtermos um resultado final que nos satisfizesse e fosse viável.

Dado que existe uma certa rotação no que refere aos elementos de enfermagem (2), que estão mais adstritos a essa consulta, quer por nomeação, quer por disporem de mais formação nessa área, ao se fazer o preenchimento das mesmas, acaba-se por se ter sempre conhecimento

do que já foi feito e do que se pode fazer no decurso da consulta, sem se estar a repetir sempre os mesmos temas e a estar em falta em relação a outros.

Com o levantamento dos dados e preenchimento da ficha, pretendemos avaliar a pessoa como um todo, ter a noção dos conhecimentos, expectativas, e dificuldades que apresenta para podermos trabalhar conjuntamente em equipa de modo a que o utente consiga promover o seu autocuidado com o objetivo de conseguir atingir e manter uma boa qualidade de vida, de modo a estar o mais longe possível das descompensações e complicações.

Assim com não temos a possibilidade de neste momento de dispormos de um programa de registo informático, damos provimento às fichas em formato de papel de modo a obtermos os dados necessários para termos uma perspetiva global da pessoa que temos perante nós.

Consultas de Diabetes - Colheita de Dados	
Nome: (colar etiqueta)	Nome do Médico
	Nome do Médico de Família
<b>Outros dados Pessoais:</b>	
Escolaridade: _____	Profissão: _____
Vive sozinho <input type="radio"/> Familiares <input type="radio"/> Parentesco: _____	Outros: _____
Obs: _____	

Assim, nesta primeira fase, pretende-se a identificação do utente, seu grau de escolaridade, e agregado familiar, estes dois últimos são importantes para podermos ter perceção de como devemos fazer a abordagem e informações a transmitir, pois por exemplo uma pessoa com escolaridade mínima e a viver sozinha, apresenta, muitas vezes mais dificuldade em apreender muita informação.

<b>Exame Físico:</b>			
TA: _____ mmHg	Pulso: _____ ppm	Peso: _____ Kg	Glicémia capilar: _____ mg/dl
PA: _____ cm	Altura: _____ cm	IMC: _____	
<b>História da Diabetes:</b>			
Diagnóstico da diabetes: ( ) anos		Diagnosticado por: Análises de rotina ( ) Outros ( )	
Especificar: _____			
Diabetes na família: ( ) Especificar: _____			
<b>Valores Laboratoriais</b>			
Análises efetuadas: _____		Valores: HbA1c _____ Glicose: _____	
Colesterol Total _____		HDL _____ LDL _____	
Creatinina _____		Microalbuminúria _____ Trigliceridos _____	
Outros: _____			
<b>Patologias/Complicações:</b>			
<b>Macrovasculares:</b>		<b>Microvasculares:</b>	
AVC: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> HTA: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>		Retinopatia: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>	
Dislipidémia: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> EMC: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>		Nefropatia: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>	
		Neuropatia: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>	
<b>Neuro, macro e microvasculares:</b>			
Pé diabético: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> { Neuropático <input type="radio"/> Isquémico <input type="radio"/> Neuroisquémico <input type="radio"/>			
Outras patologias: _____			

Com este grupo de questões pretende-se obter a avaliação dos valores tensionais glicémicos e antropométricos, através do exame físico da pessoa.

Também se pretende ter uma noção dos valores laboratoriais, especialmente em termos da HbA1c, pois é um valor de referência para parametrizar os valores glicémicos nos últimos 3 meses.

Também se pretende ter uma perspetiva do tempo de diabetes e da sua história familiar.

Para finalizar este grupo pretende-se ter uma noção de todo o historial clínico que envolve o utente com todas as patologias e complicações que lhe estão associadas e o se pode fazer em colaboração com outros elementos da equipa multidisciplinar.

Terapêutica					
Medicação geral/posologia:					
Medicação diabetes /posologia					
ADOS	P. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
Nome/Tipo de Insulina	P. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar

Com estas questões pretende-se ter a noção do tipo de medicação que está a fazer, principalmente na que diz respeito a diabetes se só faz antidiabéticos orais, se só faz insulina, ou se ambos, se cumpre os horários, a administração dos mesmos principalmente se está a fazer insulinas (mecanismos dos mesmos, locais de administração e respetiva rotação, doses, cuidados a ter com a sua conservação), em complementaridade, pretende-se saber como faz o seu controlo glicémico, se apresenta hípér ou hipoglicémias, como deve atuar perante as mesmas.

Autovigilância da glicémia:	
Nº de avaliações:	<input type="radio"/> Dia <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quinzenal <input type="radio"/> Mensal
Medidor utilizado:	
Horário da avaliação:	
Jejum <input type="radio"/> 2h após o PA <input type="radio"/> Antes do almoço <input type="radio"/> 2h após o almoço <input type="radio"/> Antes do lanche <input type="radio"/> 2h após o lanche <input type="radio"/>	
Antes do jantar <input type="radio"/> 2h após o jantar <input type="radio"/> Deitar <input type="radio"/>	
Obs:	
Hiperglicemias ( )	Obs:
Hipoglicemias ( )	Obs:


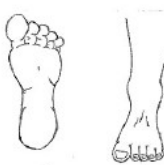
Referenciar a importância de manter um bom controlo metabólico, com glicémias equilibradas, pois o seu descontrolo vai ter influência no aparecimento de complicações.

Hábitos de Vida:									
Atividade Física : Sedentário <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Ativa <input type="radio"/>									
Exercício físico: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> ____ X semana; duração ____									
Obs: _____									
Alimentação									
Nº refeições/dia : _____									
P. Almoço		Meio Manhã		Almoço		Lanche		Jantar	Deitar
Tipos de Alimentos ingeridos às refeições									
P. almoço _____									
Meio Manhã _____									
Almoço _____									
Lanche _____									
Jantar _____									
Deitar _____									
Outras _____									
Sal: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> _____ Açúcares: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> _____									
Água <input type="radio"/> Quantidade: _____ Obs: _____									
Outros hábitos									
Hábitos etílicos: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Refeições <input type="radio"/> Fora das refeições <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/>									
Quantidade: _____									
Hábitos tabágicos: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Quantidade: _____									

Esta fase serve para avaliarmos e termos uma noção no que se refere aos hábitos de vida em relação ao exercício físico e alimentação. Ao fazer a abordagem no que se refere a esta fase poderemos ter uma perceção qual a atividade física que o utente e se pratica exercício físico, com a *nuance* de podermos obter fazer referência à necessidade e os benefícios na prática do mesmo.

Também nesta fase se pretende ter uma perceção do número de refeições que faz diariamente, tipo de alimentos ingeridos, fracionamento das mesmas ao longo do dia, ingestão de HC ao longo do dia, ingestão de açúcares refinados, ou seja tentamos no conjunto avaliar os seus conhecimentos num todo.

Também se pretende saber quais são os seus em termos de álcool (em exagero) e tabágicos cuja sua presença está interligada com os fatores que podem levar a um acentuar das complicações.

Autocuidado do pé:	
Calçado adequado: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Meias adequadas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Higiene do pé: Boa <input type="radio"/> Deficiente <input type="radio"/> ;	Lavagem: Periodicidade (____) Duche <input type="radio"/> Imersão <input type="radio"/>
Corte das Unhas: _____ O próprio <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/> Quem? _____	
Material utilizado _____	Aplicação de Cremes: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Vigilância dos pés: Periodicidade (____) Dificuldades: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Quais? _____	
Calosidades: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Lesões: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
Perceção da sensibilidade: Monofilamento: Sim ① Não ②	P. Térmica: Sim ③ Não ④
 	
Obs. _____	

Com a avaliação do autocuidado do pé, pretende-se ter uma noção de qual o grau de conhecimento dos cuidados a ter com os seus pés de modo a prevenir o aparecimento de complicações, nomeadamente no que refere ao aparecimento de ulcerações – Pé diabético – que podem levar a amputações (que na nossa zona geográfica apresentam uma grande percentagem). Pelo que a melhor maneira de se evitar tal complicação passa por termos uma série de cuidados que lhe são inerentes.

<b>Perceção/Conhecimentos sobre a patologia</b>				
<i>Perceção da diabetes</i>				
Nenhum <input type="radio"/>	Algum <input type="radio"/>	Razoável <input type="radio"/>	Bons <input type="radio"/>	
<i>Autovigilância:</i> (Frequência; técnica; interpretação dos valores e registos)				
Nenhuns <input type="radio"/>	Alguns <input type="radio"/>	Razoável <input type="radio"/>	Bons <input type="radio"/>	
<i>Complicações agudas:</i>				
A – Hiperglicémia:	Nenhuns <input type="radio"/>	Alguns <input type="radio"/>	Razoável <input type="radio"/>	Bons <input type="radio"/>
B – Hipoglicémia:	Nenhuns <input type="radio"/>	Alguns <input type="radio"/>	Razoável <input type="radio"/>	Bons <input type="radio"/>
<i>Complicações Crónicas:</i>				
1 – Macrovasculares:	Nenhuns <input type="radio"/>	Alguns <input type="radio"/>	Razoável <input type="radio"/>	Bons <input type="radio"/>
2 – Microvasculares:	Nenhuns <input type="radio"/>	Alguns <input type="radio"/>	Razoável <input type="radio"/>	Bons <input type="radio"/>
<i>Cuidados dos Pés:</i> (Vigilância, lavagem; hidratação; calosidades; unhas; meias; sapatos; deambulação; aquecimentos)				
Nenhuns <input type="radio"/>	Alguns <input type="radio"/>	Razoável <input type="radio"/>	Bons <input type="radio"/>	
<i>Medicação</i>				
<i>ADDS</i> (Horários; efeitos secundários)				
Nenhuns <input type="radio"/>	Alguns <input type="radio"/>	Razoável <input type="radio"/>	Bons <input type="radio"/>	
<i>Insulina</i> (Horários, preparação, administração, locais, conservação, efeitos)				
Nenhuns <input type="radio"/>	Alguns <input type="radio"/>	Razoável <input type="radio"/>	Bons <input type="radio"/>	
<i>Alimentação</i> (Frequência, quantidades ingeridas de: HC, lipídios, proteínas, verduras, fruta, açúcares, água, sal, álcool)				
Nenhuns <input type="radio"/>	Alguns <input type="radio"/>	Razoável <input type="radio"/>	Bons <input type="radio"/>	
<i>Exercício Físico</i> (Vantagens, tipo, frequência, cuidados)				
Nenhuns <input type="radio"/>	Alguns <input type="radio"/>	Razoável <input type="radio"/>	Bons <input type="radio"/>	
Necessidades e problemas sentidos:				
<b>Compromissos com o Utente</b>				
Procedimentos a desenvolver até à próxima consulta				

Numa última fase, depois de avaliarmos todas as anteriores conseguimos aperceber quais os graus de conhecimentos que o utente que temos connosco, tem acerca da sua diabetes.

Posteriormente faz-se um levantamento dos problemas que foram sentidos, que importa referenciar. Antes de finalizar, tentar conjuntamente com o utente fazer um pacto de compromisso até à próxima consulta, no sentido de alterar comportamentos que podem ser prejudiciais.



Temas a abordar			
<u>Perceção da diabetes:</u>			
Apenas relembrar	<input type="radio"/>	Abordar Levemente	<input type="radio"/>
		Abordar mais aprofundado	<input type="radio"/>
<u>Autovigilância:</u> (Frequência; técnica; interpretação dos valores e registos)			
Apenas relembrar	<input type="radio"/>	Abordar Levemente	<input type="radio"/>
		Abordar mais aprofundado	<input type="radio"/>
<u>Complicações agudas:</u>			
A – Hiperglicémia:	Apenas relembrar	<input type="radio"/>	Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>
B – Hipoglicémia:	Apenas relembrar	<input type="radio"/>	Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>
<u>Complicações Crónicas:</u>			
1 – Macrovasculares:	Apenas relembrar	<input type="radio"/>	Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>
2 – Microvasculares:	Apenas relembrar	<input type="radio"/>	Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>
<u>Cuidados dos Pés:</u> (Vigilância, lavagem; hidratação; calosidades; unhas; meias; sapatos; deambulação; aquecimentos)			
Apenas relembrar	<input type="radio"/>	Abordar Levemente	<input type="radio"/>
		Abordar mais aprofundado	<input type="radio"/>
<u>Medicação:</u>			
<u>ADOS</u> (Horários; efeitos secundários)			
Apenas relembrar	<input type="radio"/>	Abordar Levemente	<input type="radio"/>
		Abordar mais aprofundado	<input type="radio"/>
<u>Insulina</u> (Horários, preparação, administração, locais, conservação, efeitos)			
Apenas relembrar	<input type="radio"/>	Abordar Levemente	<input type="radio"/>
		Abordar mais aprofundado	<input type="radio"/>
<u>Alimentação:</u> (Frequência, quantidades ingeridas de: HC, lipídios, proteínas, verduras, fruta, açúcares, água, sal, álcool)			
Apenas relembrar	<input type="radio"/>	Abordar Levemente	<input type="radio"/>
		Abordar mais aprofundado	<input type="radio"/>
<u>Exercício Físico:</u> (Vantagens, tipo, frequência, cuidados)			
Apenas relembrar	<input type="radio"/>	Abordar Levemente	<input type="radio"/>
		Abordar mais aprofundado	<input type="radio"/>

Este grupo, pertence já a ficha da consulta seguinte, nesta fase além de voltarmos a avaliar novamente alguns parâmetros como a medicação, autocuidado do pé, etc., pretendemos nesta fase continuar a trabalhar com o utente no sentido que este adquira cada vez mais conhecimentos sobre a sua patologia.

Sendo que deste modo com educação que se pretende realizar o utente obtenha os conhecimentos essenciais sobre a sua doença de modo a que possa perceber complicações que daí podem advir obtendo assim uma melhor qualidade de vida, com redução do número de crises de hiperglicemia ou hipoglicémia, diminuição no que se refere ao número de internamentos hospitalares, melhor controlo metabólico e melhor aceitação da doença.

Com a utilização destas fichas pretende-se que com cada atendimento reforçar a consciencialização do utente acerca da sua doença e do seu controlo (autocuidado) de modo a serem mais proactivos e com melhor qualidade de vida.

#### 4.8 – AVALIAÇÃO

Chegados á última etapa do planeamento em saúde a avaliação e como nos refere Imperatori e Giraldes “avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar. Este conceito leva-nos a precisar simultaneamente o objectivo e o objecto de avaliação (...). (1993:173) Sendo que “ ... objectivo, deve considerar-se a tomada de medidas de melhoria (...) objecto, deve considerar-



se a natureza do problema a avaliar: execução de um programa, qualidade dos cuidados (...).” (Imperator e Giraldes, 1993:173).

Ao chegarmos a esta etapa, em que se tem proceder à uma análise e retrospectiva dos passos delineados no planeamento de saúde, de modo a podermos validar todo o percurso feito até aqui em termos da implementação e da intervenção da consulta de enfermagem da diabetes.

No decurso do período de estágio a que se refere este relatório, não dispomos de informações mensuráveis em termos de quantificação ou qualificação, pois decorreu num curto período de tempo, apenas podemos fazer uma validação em termos da consulta de enfermagem. No período em ocorrência do estágio o *timing* a que se reporta a sua validação refere-se quase exclusivamente a consultas de diabetes de primeira vez, que no seu todo pareceu em termos empíricos ter uma boa receptividade por parte do utente,

De referir, no entanto, que podemos após validação de pesquisa nas fichas de consulta preenchidas, foram contabilizados cinco utentes em consulta de segunda vez que ao validar podemos ver que desses: três deles tiveram resultado aval positivo em termos da promoção do seu autocuidado (pelo que foi possível avançar em termos de mais comprometimento), enquanto que, em dois deles não se verificou nenhum avanço (demonstram que sabem, mas ainda não interiorizarem que são eles os beneficiados), tendo-se reforçado novamente as mesmas estratégias.

Com a criação da consulta de enfermagem e conjuntamente com a consulta médica, pretendeu-se para já a criação de uma equipa pluridisciplinar de modo a que trabalhando com o utente este passe a ser mais proactivo acerca da sua doença.

Ao se realizar a consulta de enfermagem com os objetivos que foram referenciados, no decorrer deste planeamento em saúde, o enfermeiro no serviço de consultas externas pretendeu fazer uma abordagem conjuntamente com utente, de modo a obter um *feedback* do ponto de vista deste em relação a sua patologia.

A utilização das fichas de avaliação na consulta, acaba por ser um guia no sentido de facilitar a identificação dos fatores que mais preocupam o individuo e ao mesmo tempo servem para ter o registado do perfil de abordagem que foi feito a nível individual de modo a obter um conjunto mais completo de intervenções que se vão repercutir posteriormente num melhor controlo metabólico, com todas as melhorias que daí possam advir.

Em termos estratégicos no que se refere á interação entre os utentes e o enfermeiro de referência da consulta, teve um resultado muito positivo, pois denotou-se por parte de alguns

deles o seu interesse em saber mais sobre a sua diabetes, bem como colocando questões, com o intuito de verem as suas dúvidas respondidas.

Em termos de planeamento esta é uma etapa que tem que estar constantemente a ser analisada, de modo a que se possa ter uma visualização em tempo atual do que se faz, do que se pode fazer, que qual a sua viabilidade face ao seu destinatário, o utente diabético.

## **5 – ANÁLISE CRÍTICA**

Este relatório reporta-se ao período de estágio que decorreu entre 1/11/2015 a 30/4/2016, na unidade funcional da diabetes pertencente ao serviço de consultas externas do HDJMG. Vai ao encontro da necessidade emergente que já há muito se denotava em termos da prestação de cuidados de enfermagem.

Como foi referenciado a promulgação do Despacho nº 3052/2013 em que se dá ênfase a uma unidade de esforços em termos das Aces e dos serviços hospitalares, com a implementação das respetivas consultas no âmbito da diabetes, no que refere ao nosso hospital estávamos em omissão ao disposto no mesmo. Assim no âmbito da consulta médica não existia uma consulta direcionada para a diabetes propriamente dita e quanto à consulta de enfermagem nessa área ela não existia.

Pretende-se assim com a criação dessas consultas estabelecer uma relação de proximidade, no sentido de criar condições que possam apoiar o utente diabético que ocorre aos nossos serviços.

Com a consulta enfermagem pretende-se obter um momento oportuno de interação, de modo a prestar cuidados individualizados ao utente, tendo em conta as suas características pessoais e culturais de forma a ajudá-lo na promoção do seu autocuidado.

Assim ao implementarmos a consulta de enfermagem no serviço, queremos acreditar que de algum modo esta vai de encontro a consciencialização do utente, no que diz respeito à sua doença e das ações a ter para a controlar de modo a tornar-se mais proactivo no seu tratamento, obtendo uma maior aceitação em relação a doença implicando assim, o desenvolvimento de hábitos saudáveis, podendo atuar desse modo preventivamente, diminuindo os danos decorrentes da evolução natural da doença.

De referenciar que ao se proceder à criação desta consulta de enfermagem, houve, e não poderemos deixar de ressaltar este facto, uma boa aceitação por parte dos utentes, que viram alguém a quem eles podiam questionar quanto às suas dúvidas e incertezas, bem como uma boa parceria por parte das Médicas que executam a consulta de Diabetes.

No entanto não deixa de ser pertinente também referenciar, os constrangimentos que surgirem no decorrer da mesma. Em primeiro lugar, neste momento a consulta de enfermagem está limitada a ser apenas efetuada antes da consulta médica, pois os utentes (e não só), ainda não estão focalizados, só para a consulta de enfermagem. Como tal, esta tem de decorrer previamente à consulta médica, salvo rara exceções em que tem que se providenciar mais algum ensino, isto porque as pessoas são de longe e estão sujeitas aos transportes e como

neste momento continua a ser a consulta médica aquela que tem mais protagonismo, temos de optar por esta tática. Torna-se por vezes frustrante, porque no decorrer da consulta de enfermagem denota-se que o utente necessita de nova intervenção antes da próxima consulta médica, esta não vai ser viável por causa dos problemas de deslocações e de transportes.

Outro constrangimento a ter em conta, é que, como temos que dar apoio a outras consultas em simultâneo, porque começa um outro período de consulta ao qual estamos adstritas, torna-se por vezes complicado, desempenharmos o nosso papel com toda a *performance* que lhe é inerente, passando por vezes a ter a sensação de “dever mal cumprido”.

Um outro constrangimento é o de, embora em parte colmatado com a criação das fichas da consulta, passa por em primeiro lugar não termos um sistema informático com programa próprio, termos acesso ao SClínico, no sentido de podermos partilhar informação entre equipas o que seria uma mais-valia no sentido de partilharmos a informação acerca do utente e ao conseguirmos ter a visão num todo, podermos atuar em conformidade.

Neste momento pode-se dizer que a consulta da enfermagem está criada e a acontecer, se será da forma mais correta não sabemos, é certo que até agora em termos de aceitação tem sido positivo, mas não totalmente como que nós queríamos, pois ainda não se denota a visibilidade que a consulta de enfermagem merece.

Como já foi referido ainda, estamos a dar os primeiros passos, ainda não conseguimos ter uma validação concreta e visível por parte dos utentes que vêm à consulta, se o modo de abordagem é realmente positiva ou teremos de encontrar novas soluções de modo a trabalhar conjuntamente com o utente. Como costumamos dizer nada é estanque, devemos e temos obrigação de tomar atitudes e adquirir conhecimentos que beneficiem o indivíduo que está perante nós, de forma a que este obtenha o controlo da sua doença, através da promoção do autocuidado para que obtenha uma qualidade de vida melhor possível dentro da sua patologia crónica.

## **CONCLUSÃO**

Numa sociedade atual em que cada vez mais se verifica um aumento de doenças crónicas, nomeadamente a diabetes, que ocupa um lugar de destaque.

A diabetes encontra-se em rápida expansão a nível mundial e só uma política integrada e transversal através da implementação de programas de prevenção desenvolvendo e estimulando a prática de estilos de vida saudáveis, se pode tentar travar esta “epidemia” galopante.

Citando Boavida (2011), “as evidências são claras: mesmo quando as pessoas sabem o que fazer e o querem fazer, simplesmente não o fazem” (2011:173), o que se passa maioritariamente com o utente com diabetes, onde muitas vezes não se consegue esquecer hábitos interiorizados ao longo de uma vida (caso do utente com DM2) que são nocivos em termos da sua doença, continuando a mantê-los, o que leva a consequências nefastas.

Pelo que, a única solução passa por conseguirmos que as pessoas com diabetes se envolvam no seu próprio tratamento.

“Os conhecimentos sobre a diabetes são muito importantes, mas o reforço das atitudes adequadas e um continuado processo de motivação é fundamental na mudança de hábitos e comportamentos estabelecidos. Há que educar as pessoas e dar-lhes as ferramentas e as capacidades de que necessitam para saberem lidar com a sua doença, permitindo-lhes ser autónomos e atingir um controlo optimizado.” (Boavida, 2011:173)

A formação da pessoa diabética a nível do autocuidado é a primeira etapa, das que se seguem, que permite que a pessoa aludida tenha uma maior e melhor qualidade de vida.

Neste sentido, enquanto prestadores de cuidados de saúde em quem as pessoas confiam no contínuo de cuidados, os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar, definir estratégias, adequar os recursos, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a diabetes e trabalhar conjuntamente com o utente.

A pessoa diabética precisa de formação personalizada e individualizada que vá ao encontro das suas necessidades reais. É o pessoal de enfermagem que educa, que promove a autonomia do utente e que consciencializa para estilos de vida que vão beneficiar o mesmo, tendo sempre como base, os objetivos parametrizados para cada pessoa.

A diabetes, é uma doença que, para os prestadores de cuidados de saúde, acaba por ser muito frustrante, pois temos a noção que esta continua a ganhar terreno em termos de novos casos, bem como o contínuo aumento das suas complicações. É certo que quer o individuo em risco de vir a desenvolver diabetes, quer o individuo diabético, têm que ter determinado tipo

de atitudes, como seja a prática de exercício físico e a ingestão de uma alimentação adequada. No entanto vivem numa sociedade em que o marketing de publicidade desempenha um papel muito forte que acaba por incentivar ao sedentarismo (televisões, computadores, etc.), e ingestão de alimentos açucarados (gelados, refrigerantes, etc.), tendo repercussões nos hábitos da vida diários.

Certo é que os governos dos países a nível mundial tentam a todo custo criar programas que consigam combater ou pelo menos abrandar o seu aparecimento, e o aparecimento das suas complicações, que consequentemente traduzem-se em custos muito elevados para a sociedade.

Com a criação das UCFD, que foi uma das últimas diretrizes deliberadas a nível da Europa, pretendeu-se que esta levasse acabo “a educação para a saúde e para a autogestão da doença, providenciada por uma equipa multidisciplinar, altamente diferenciada, acessível nos níveis de cuidados adequados e com tempos de acesso apropriados, permite elevados padrões de qualidade nos cuidados, melhoria dos indicadores clínicos, diminuição da letalidade e da morbilidade atribuível, com consequente incremento do grau de satisfação para a pessoa com diabetes.” (Despacho nº3052/2013:7528)

Estas UCFD servem de ponte entre os cuidados primários a nível das suas ACES e os cuidados hospitalares através das UID, de modo a poderem trabalhar em colaboração estreita, para providenciar melhores e continuados cuidados ao utente diabético e em risco. Pelo que com a criação desta UID, dando ênfase e espaço para a criação da consulta de enfermagem na área da diabetes, tornou-se uma mais-valia, visto que acabou por dar uma conotação muito experiencial, do modo de atuação e de abordagem, em relação ao utente diabético.

## BIBLIOGRAFIA

### *Bibliografia citada:*

- Abreu, S. (2011). *Papel da monitorização da glicemia capilar*. In Diabetes uma Abordagem global. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª edição – pp. 155- 162). Algés. Euromédica – edições médicas.
- American Diabetes Association [ADA] (2016), *Classification and Diagnosis of Diabetes*. In Diabetes Care – Standards of Medical Care in Diabetes. The journal of Clinical and Research and Education. Volume 39, Supplement 1, January 2016.13-22.
- Amorim, M. I. S. P. L. (2009) *Para lá dos Números... Aspectos Psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com Diabetes Mellitus tipo 2*. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Saúde Mental submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Acedido em 6 de Março de 2016 em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7211>
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP] (2001). *Viver com a Diabetes*. (1ª edição). Lisboa. Climepsi Editores.
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal [APDP] (2002), *Uma Alimentação Saudável - a Alimentação na Diabetes*. Servier Portugal. Verbo.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP] (2009). *Diabetes Tipo 2, Um Guia de Apoio e Orientação*. Lisboa. LIDEL - Edições Técnicas.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP] (2010). *Pé Diabético, Caminhando para um futuro melhor*. Lisboa. LIDEL - Edições Técnicas.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP] (2011). *Insulinoterapia*. Material de Apoio facultado durante um curso da APDP sobre Diabetes Mellitus.
- Baquedano, I. C., Santos, M.A., Martins T. A. & Zanetti, M. L.(2010). *Autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México*. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(6):[09 telas] nov-dez 2010. Acedido a 17 de Março de 2016 em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_21.pdf)
- Barros, L. (2011). *Papel da orientação alimentar no tratamento da diabetes mellitus*. In Diabetes uma Abordagem global. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª edição – pp. 41-47). Algés. Euromédica – edições médicas.

- Boavida, J. M. (2011). *Educação terapêutica do doente com diabetes Mellitus*. In *Diabetes uma Abordagem global*. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª edição – pp. 173-178). Algés. Euromédica – edições médicas.
- Caldeira, J. & Odete, A. (1989). *Alimentação E Exercício Físico na Diabetes Mellitus*, Acta Médica Portuguesa 1989; Supl. 1:5-8. Acedido a 29 de Junho de 2015 em [www.actamedicaportuguesa](http://www.actamedicaportuguesa)
- Caldeira, J. & Osório, I. (2002). *Alimentação –Noções Práticas*. In Duarte, R., *Diabetologia clínica* (3ª edição – pp 79 – 87) Lousã. LIDEL – Edições Tecnicas Lda
- Caldeira, J. & Pape, E. (2002). *Pé Diabético*. In Duarte, R., *Diabetologia clínica* (3ª edição – pp 369 – 376) Lousã. LIDEL – Edições Tecnicas Lda.
- Cândido, A. L. (2001). *Tratamento do Paciente com Diabetes Mellitus Tipo 2*. In *Clinica Médica – Diabetes Mellitus*. Sociedade Brasileira de Clinica Médica. Vol. 1/3 Setembro 2001 (pp 529 – 539).
- Cardoso, A. F., Queirós, P., Ribeiro, C. F, (2015). *Intervenções para a aquisição do Autocuidado Terapêutico da pessoa com diabetes mellitus: revisão sistemática da literatura*. *rev. p o r t. s a ú d e, p ú b l i c a*. 2 0 1 5; 3 3(2) 246–255. Acedido a 17 de Março em [http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870-9025\(15\)00032-2/S100/](http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870-9025(15)00032-2/S100/)
- Carvalho, M. (2011). *Diabetes mellitus: passado, presente e futuro*. In *Diabetes uma Abordagem global*. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª edição – pp. 327-331). Algés. Euromédica – edições médicas.
- César, R. (2011). *Papel do exercício físico na terapêutica da diabetes mellitus*. In *Diabetes uma Abordagem global*. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª edição – pp. 49 - 54). Algés. Euromédica – edições médicas.
- Chaves, M. O., Teixeira, M. R. F. & Silva, S. E.D. (2013). *Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem* *Rev. Bras. Enferm*, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 215-21. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/10.pdf>
- Conselho de Enfermagem (2001, Dezembro). *Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 06 de



Março de 2016 em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Costa, J. (2011). *Fisiopatologia da diabetes mellitus tipo 1*. In Diabetes uma Abordagem global. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª edição – pp. 17 - 20). Alges. Euromédica – edições médicas.

Couto, L. M. S. L. & Camarneiro, A. P. F. (2002). *Desafios na Diabetes* – Manual Sinais Vitais. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Direcção-Geral de Saúde [DGS] (2008) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Acedido a 10 de Maio 2015 em <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&acess=0>

Direcção Geral de Saúde [DGS] (2011). Norma nº 002/2011 de 14/1/2011. “*Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*”, Acedido a 12 de Maio de 2015 em <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&acess=0>

Direcção Geral da Saúde [DGS] (2011). Orientação nº 003/2011 de 21/1/2011 – “*Organização de Cuidados, Prevenção e Tratamento do Pé Diabético*”, <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&acess=0>

Direcção Geral de Saúde [DGS] (2011). Norma nº 005/2011 de 21/1/2011 – “*Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético*”, <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&acess=0>

Dores, J., Magalhães, A., & Carvalheiro, M. (2011). *Relatório de Consenso sobre diabetes e gravidez*. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Acedido a 12 de Dezembro de 2015 em <http://www.spd.pt/>

Duarte, L. (2011). *Nefropatia Diabética*. In Diabetes uma Abordagem global. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª edição – pp. 201 - 212). Alges. Euromédica – edições médicas.

Duarte, R. & Lisboa, M. E. (2002). *Antidiabéticos Orais*. In Duarte, R., Diabetologia clínica (3ª edição – pp 107 – 118) Lousã. LIDEL – Edições Tecnicas Lda.

Duarte, R. & Zeller, P. V. (2002). *Alterações Oculares na Diabetes*. In Duarte, R., Diabetologia clínica (3ª edição – pp 263 – 276) Lousã. LIDEL – Edições Tecnicas Lda.

Federación Internacional de Diabetes [FID] (2013). *Atlas de la Diabetes de la FID* (6ª edição). Acedido a 22 de Maio de 2015 em [www.idf.org/diabetesatlas](http://www.idf.org/diabetesatlas)

- Ferreira, P. L. & Neves, C. (2002). *Qualidade de vida e Diabetes*. Rev Port Clin Geral 2002;18:402-8. Acedido a 20 de Março de 2016 em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9897>
- Ferreira, M. M. P. & Veríssimo, M. T. (2008). *Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente tipo 2. Qualidade em Saúde*. In Revista Portuguesa de Saúde. Vol. 26, Nº 2 — Julho/Dezembro 2008. Acedido a 20 de Fevereiro 2016 em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-2-2008/04.pdf>
- Flora, M. C. & Gameiro, M. G. H. (2016). *Autocuidado dos Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: Conhecimento acerca da Doença*. Artigo de Investigação. Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.º 8 - jan./fev./mar. 2016. Pp 17 – 26. Acedido a 18 de Março de 2016. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn8/serIVn8a03.pdf>
- Hafe, P. V. (2015). *Fisiopatologia da Diabetes tipo 1*. In A Diabetes em Síntese: Contributo para um melhor Conhecimento e Gestão da Doença. Revista Portuguesa de Farmacoterapia. (pp 15 – 42). Estoril. Cadernos de Atualidade Terapêutica.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- International Diabetes Federation [IDF] (2015). IDF Diabetes Atlas (7ª edição). Acedido a 12 de Fevereiro de 2016 em [www.unidospeladiabetes.pt](http://www.unidospeladiabetes.pt)
- Junior, A. R. O., Machado, L. J. C. & Miranda, P. A. C. (2001). *Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 1 no Adulto*. In Clinica Médica – Diabetes Mellitus. Sociedade Brasileira de Clinica Médica. Vol. 1/3 Setembro 2001 (pp 513 – 527).
- Letria, J. J. & Saraiva, S. (2010). *Sem açúcar com afecto – A diabetes vista pelo doente e pelo médico* (2ª edição). Alfragide: Academia do Livro.
- Lima, J. G. & Nóbrega L. H.C. (2001), *Cetoacidose Diabética e Estado Hiperosmolar Não-cetótico*. 1ª Prova Petrodados Atheneu. Acedido a 17 de Janeiro de 2016 em <http://www.angelfire.com/ri/josivan/josivan.pdf>
- Lisboa, M. E. & Duarte, R. (2002) *Classificação e Diagnóstico da Diabetes*. In Duarte, R., Diabetologia clínica (3ª edição – pp 25 – 42) Lousã. LIDEL – Edições Tecnicas Lda.

- Lisboa, P. E. (2002). História da Diabetes – I Da “pré-história” à “idade Moderna”. In Duarte, R., Diabetologia clínica (3ª edição – pp 1 – 16) Lousã. LIDEL – Edições Tecnicas Lda.
- Martins, M. F. & Dias, M. O. (2010). *Representação Socioprofissional dos Enfermeiros - Percepção dos Utentes*. *Millenium* - Revista do IPV - n.º 38 - Junho de 2010. (pp 253 – 269). Acedido a 16 de março de 2016 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/17.pdf>
- Matos, M. J. & Freitas, P. (2011). *Neuropatia Diabética*. In Diabetes uma Abordagem global. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª edição – pp. 213 - 224). Algés. Euromédica – edições médicas.
- Ministério da Saúde [MS] (2007), *Criação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. – ULSNA, E.P.E*, integra o Hospital Dr. José Maria Grande, de Portalegre, o Hospital de Santa Luzia, de Elvas, e os centros de saúde do distrito de Portalegre. Diário da República, 1.a série — N.º 42 — 28 de Fevereiro de 2007. Pp 1414 -1429. Acedido a 6 de Janeiro de 2016 em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/21403/00290037.pdf>
- Ministério da Saúde [MS] (2013). *Despacho nº 3052/2013 de 26 de Fevereiro*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da Republica, 2ª série – N.º 40, 7527 – 7529. Acedido a 10 de Maio de 2015 em <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&acess=0>
- Ministério da Saúde [MS] (2013). *Diabetes gestacional e diabetes detectado Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crónica – Diabetes Mellitus*. Cadernos de Atenção Básica nº 36. Brasília –DF. Acedido a 2 de Fevereiro de 2016 em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/138329>
- Miranzi, S. S. C., Ferreira, F. S., Iwamoto, H. H., Pereira, G. A. & Miranzi, M. a. S. (2008) *Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da Família*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9. Acedido em 14 de Março de 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>
- Nehemy, M. B. (2001). *Retinopatia diabética*. In Clínica Médica – Diabetes Mellitus. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Vol. 1/3 Setembro 2001 (pp 435 – 443).

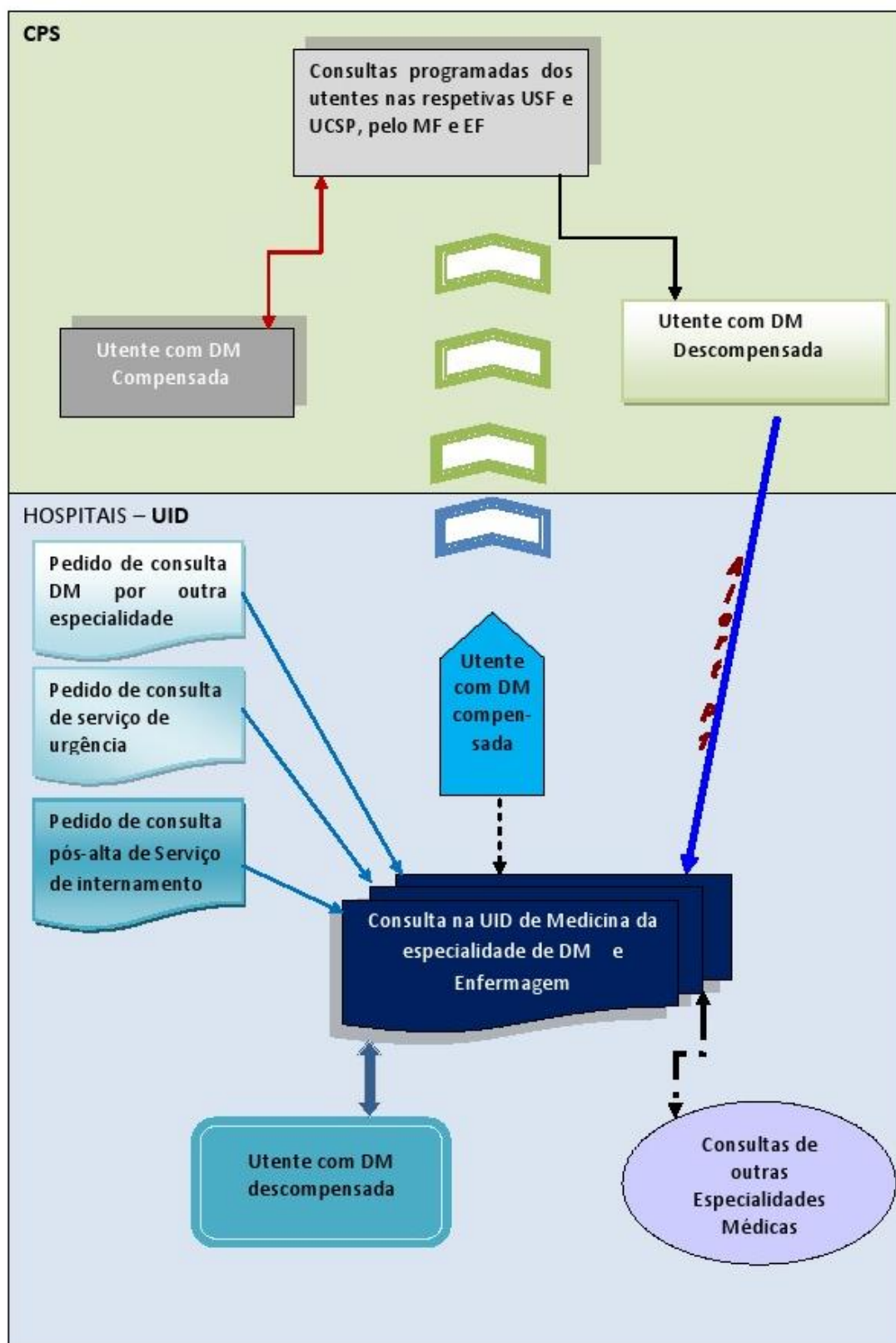
- Nogueira, V. et al. (2007). *Retinopatia diabética – o papel da Medicina Geral e Familiar*. Revista Portuguesa Clinica Geral 2007;23:595-603.
- Observatório Nacional da Diabetes [OND] (2014). *Diabetes: Factos e Números 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Sociedade Portuguesa da Diabetes. Acedido a 20 de Maio de 2015 em [www.spd.pt](http://www.spd.pt)
- Observatório Nacional da Diabetes [OND] (2015). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Edição de 2015*. Sociedade Portuguesa da Diabetes. Acedido a 2 Dezembro de 2015 em [www.spd.pt](http://www.spd.pt)
- Rosas, S. (2011). *Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus*. In Diabetes uma Abordagem global. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª edição – pp. 11 - 16). Alges. Euromédica – edições médicas.
- Rosário, F. S., Afonso, M. J. & Boavida, J. M. (2011). A diabetes na sua Mão – Agora que descobriu que tem diabetes tipo 2. APDP. Lisboa. Gradiva
- Ruas, M. M. A. (2015). *Terapêutica não- insulínica da hiperglicemia da diabetes tipo 2*. In A Diabetes em Síntese: Contributo para um melhor Conhecimento e Gestão da Doença. Revista Portuguesa de Farmacoterapia. (pp 43 – 63). Estoril. Cadernos de Atualidade Terapêutica.
- Saraiva, C. (2011). *Complicações agudas da diabetes mellitus*. In Diabetes uma Abordagem global. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª edição – pp. 179 - 190). Alges. Euromédica – edições médicas.
- Scheffel, R. S. et al. (2004). *Prevalência de Complicações Micro e Macrovasculares e de seus Fatores de Risco em Pacientes com Diabetes Mellito do Tipo 2 em Atendimento Ambulatorial*. Rev Assoc Med Bras. 2004; 50(3): 263-267. Acedido a 12 de Fevereiro de 2016, em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n3/21656.pdf>
- Silva; I., Ribeiro, J.P., Cardoso, H. & Ramos, H. (2003). *Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes*. Análise Psicológica (2003), 2 (XXI): 185-194. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v21n2/v21n2a05.pdf>
- Silva, V. M. & Mural, H. C. (2012). *Aplicabilidade da Teoria do Autocuidado: evidências na bibliografia nacional*. Rev Enferm UNISA. 2012; 13(1): 59-63. Acedido a 20 de Março de 2016 em <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-10.pdf>

- Simões, A. B., Robalo, R. Comes, G., Aleixo, F., Amaral, N. & Guerra, S. (2013). *Diabetes Gestacional nos anos 2000 e 2010: Retrato de uma sociedade?*. In Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. (Janeiro/Junho) 8 (1) 25-28. Acedido a 10 de Janeiro de 2016 em <http://www.elsevier.pt/rpedm>
- Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD] (2014). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014*. São Paulo: AC Farmacêutica. Acedido a 10 de Janeiro de 2016 em <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD] (2015). Acedido em 2 de Novembro de 2015 em <http://www.spd.pt/>
- Souto, S. B. (2011). *Retinopatia Diabética*. In Diabetes uma Abordagem global. Grupo de Estudos da Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª edição – pp. 191 - 199). Algés. Euromédica – edições médicas.
- Souza, T. T., Santini, L., Wada, S. A., Vasco, C. F. & Kimura M. (1997). *Qualidade de Vida da Pessoa Diabética*. Rev.Esc.Enf. USP, v.31, n.1, p.150-64, abr. 1997. Acedido a 20 de Março de 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/reusup/v31n1/v31n1a12.pdf>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Watson, J. (1999). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Camarate. Lusociência
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sigree, R. & King, (2004). *Global prevalence of diabetes : estimates for the year 2000 and projections for 2030*. [Em linha]. Diabetes Care. 27 (May 2004) 1047–1053. Acedido a 6 de Fevereiro de 2016 em <http://care.diabetesjournals.org/content/27/5/1047.full.pdf+html>.
- World Health Organization [WHO] (2003). *Adherence to long-term therapies*. Acedido a 11 de Novembro de 2015 em [http://www.who.int/chronic\\_conditions/adherence/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/adherence/en/)
- Xavier, A. T. F., Bittar, D. B. & Ataíde, M. B. C. (2009). *Crenças no Autocuidado em Diabetes – Implicações para a Prática*. Artigo Original. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 124-30, Acedido a 16 de Março de 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a15>

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Fluxograma de referência para a Consulta de Diabetes a nível hospitalar

Fluxograma de referência para a consulta de diabetes a nível hospitalar





## APÊNDICE II – Projeto de Estágio



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE - MESTRADO EM  
ENFERMAGEM DE GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE 2014/2015  
UNIDADE CURRICULAR: PROJETO/ESTÁGIO**

## **CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DIABETES MELLITUS EM CONTEXTO HOSPITALAR**

**Docente:** Professora Graça Gama

**Discente:** Manuela Macedo Nº 194

Junho 2015

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE - MESTRADO EM  
ENFERMAGEM DE GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE 2014/2015  
UNIDADE CURRICULAR: PROJETO/ESTÁGIO**

# **CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DIABETES MELLITUS EM CONTEXTO HOSPITALAR**

**Docente:** Professora Graça Gama

**Discente:** Manuela Macedo

Junho 2015

***“As Organizações de Saúde devem enfatizar o tratamento  
do paciente que tem diabetes e não a diabetes em si”  
(WHO, 2002)***

## **Abreviatura e Símbolos**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADO – Antidiabéticos Orais

AGJ – Alteração da Glicémia em Jejum

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DMID – Diabetes Mellitus Insulinodependentes

DMNID Diabetes Mellitus Não Insulinodependentes

EAM – Enfarte Agudo do Miocardio

IMC – Índice de Massa Corporal

Km – Quilometro

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAIDM – Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus

PND – Programa Nacional para a Diabetes

RAOND – Relatório Anual do Observatório Anual da Diabetes.

SNS – Serviço Naciona

TDG – Tolerância Diminuida à Glicose

UCFD – Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes

UID – Unidade Integrada da Diabetes

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

WHO – World Health Organization

## INTODRUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), poderá dizer-se que a Doença Crónica é caracterizada por um doença de longa duração, normalmente de progressão lenta, em questão incluídas várias patologias que vão desde a Doença Cardiovascular, a **Diabetes Mellitus**, asma, doença pulmonar crónica obstrutiva (DPCO), mas igualmente, a doença oncológica, VIH/SIDA; doença mental e psiquiátrica, e doenças do foro osteomuscular, que redundam em incapacidade. Este paradigma de doenças vai implicar um acompanhamento, com a constante prestação de cuidados de saúde, de modo eficiente tendo como objetivo a qualidade de vida da pessoa, com a doença crónica, nomeadamente a Diabetes Mellitus.

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica que envolve um conjunto de perturbações metabólicas, caracterizadas pela insuficiente produção de insulina pelo pâncreas, resistência à ação de insulina ou ambas. Daí resulta perturbação no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, sendo a consequência mais evidente, a hiperglicemia (Rosas, 2011).

A diabetes está em larga expansão, pelo que, tem vindo a adquirir grandes proporções, sendo considerada pela OMS uma das grandes epidemias a nível mundial, o que implica um problema em termos de Saúde Pública, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento.

O aumento da sua prevalência tem vindo a sobrecarregar cada vez mais os sistemas de saúde, dado a sua cronicidade e morbilidade elevada, originando um investimento em cuidados de saúde constantes, que se repercutam em elevados custos humanos, económicos e sociais. Sendo que, este tipo de doença, a nível pessoal, também tem fortes repercussões uma vez que causam um sofrimento à pessoa (principalmente com as complicações inerentes à doença), bem com aos familiares, assim com muitas vezes está implícito a perda de produtividade e rendimentos. Uma das grandes complicações é do Pé diabético, que muitas vezes leva a amputações *Minor* ou *Major*.

Pelo que é essencial que os sistemas de saúde consigam dar resposta às necessidades reais que a nossa sociedade apresenta, face a este aumento constante do fenómeno da diabetes, têm os governos dos diversos países fomentar medidas de modo a tomar providências no sentido de tentar debelar o avanço, desta doença e suas complicações onde Portugal também não é exceção. Por isso, é fundamental que cada vez se tomou medidas no sentido da trabalhar a educação para a saúde.

Assim, e no âmbito da Gestão de Unidades de Saúde do 2º Semestre do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Gestão de Unidades de Saúde da Escola Superior de Saúde de Portalegre, foi proposto a realização de um projeto de estágio, tendo a escolha recaído sobre a Consulta de Enfermagem na área da Diabetes, a nível das Consultas Externas, estando esta muito ligada as novas diretrizes em relação à nova estrutura organizacional de modo a assegurar o estabelecimento participado de metas concretas na área da diabetes, dentro da estratégia do Programa Nacional para a Diabetes.

O presente projeto de intervenção é constituído por um enquadramento teórico que contempla uma abordagem à Diabetes Mellitus, e a sua Prevalência. Simultaneamente é justificada a pertinência do tema, recorrendo-se para tal, à descrição da intervenção a realizar, com a apresentação das estratégias e atividades a desenvolver, pesquisa esta feita através da revisão bibliográfica efetuada em livros, artigos científicos e na Internet.

## 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1 – Definição e Conceito da Diabetes e suas Complicações

“O termo Diabetes Mellitus descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou de ambas” (SPD, 2015).

A Diabetes é uma patologia heterogénea quanto à sua etiopatogenia, pela qual a sua classificação ao longo dos anos tem sofrido alterações. “A classificação atual é decorrente da evolução científica e faz parte das normas do Programa Nacional de Controlo da Diabetes Mellitus” (DGS, 2000), mantendo-se até à atualidade.

#### 1.1.1 – Classificação da DM

Após feito o diagnóstico da doença, importa classificá-la em função da compreensão da sua patogenia, neste contexto, podemos classificar em:

*Diabetes tipo 1*, “este tipo de diabetes representa cerca de 5-10 % de todos os casos de diabetes e resulta da destruição das células  $\beta$  pancreáticas com deficiência absoluta de insulina.

A destruição das células  $\beta$  é, na maioria dos casos, resultado de processo auto imune, sendo identificáveis marcadores da destruição imunológica das células  $\beta$ ” (Rosas, 2011).

*Diabetes tipo 2*, “este tipo de diabetes representa cerca de 90-95% de todos os casos de diabetes.

Muitos destes doentes são obesos e a insulinoresistência representa o fator etiopatogénico primordial a que acresce, durante o desenvolvimento da doença, a falência da célula  $\beta$ ” (Rosas, 2011). Muitas vezes esta evolução da doença é lenta permanecendo muitas vezes sem sintomas.

*Diabetes Gestacional*, “é um estado de hiperglicemia, menos severo que a diabetes tipo 1 e 2, detetado pela primeira vez na gravidez. Geralmente resolve-se no período pós-parto e pode frequentemente retomar anos depois” (MS, 2013).



Existem outros *tipos específicos de diabetes*, que são mais raros e podem resultar de defeitos genéticos da função das células  $\beta$ , defeitos genéticos da ação insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outros sintomas associados ao DM.

Além disso, podemos depararmo-nos, com a “anomalia da regulação da glicose (ATG e AGJ) refere-se um estágio metabólico intermédio entre homeostase normal da glicose e diabetes. No entanto, deve ser inequivocamente referido, que ATG e AGJ não são iguais e representam diferentes anomalias da regulação da glicose, uma no período de jejum e outra no período pós-prandial (SPD, 2015).

### 1.2.2 – Complicações e Tratamentos da DM

As complicações da diabetes, podem ser agudas, nomeadamente a Hipoglicémia, Hiperglicémia, Cetoacidose diabética e Síndrome hiperosmolar não cetósico. Sendo que:

Quadro nº 1 – Complicações agudas da diabetes

Complicações agudas	Definição
<b>Hipoglicémia</b> <b>Valores da glicémia &lt; 70 mg/dl</b>	Mais frequente nas pessoas insulino-tratadas, especialmente as que fazem esquema intensivo (APDP, 2015).
<b>Hipoglicémia</b> <b>Valores da glicémia &gt; 200 mg/dl</b>	De início lento e gradual., acompanhado por poliúria, polidipsia, polifagia (APDP, 2015)
<b>Cetoacidose diabética (CAD)</b>	Do ponto de vista hormonal a CAD está associada a uma deficiência absoluta ou relativa da insulina (Saraiva, 2011)
<b>Síndrome Hiperosmolar não Cetósico (SHNC)</b>	A SHNC é caracterizada por hiperglicemia muito acentuada, ausência de cetose e cetoacidose, alterações hidroeletrólíticas (Saraiva, 2015)

Fonte:.. Elaborado pela própria

Para Correia e Boavida (2001), “aproximadamente 40% das pessoas com diabetes vêm a ter complicações crónicas graves da sua doença”. Sendo que estas complicações evoluem de forma silenciosa. “Na diabetes tipo 1, estas surgem normalmente a partir de 7-10 anos de evolução da doença, ao passo que, na diabetes tipo 2 muitas vezes é o aparecimento de complicações que vai permitir o diagnóstico da doença” (Couto e Camarneiro, 2002).

As alterações dos valores da glicémia, nomeadamente a hiperglicémia muito contribuem para o surgimento das complicações crónicas. Pelo que é “possível reduzir ou retardar os

danos da diabetes através de um controlo rigoroso da glicémia, da tensão arterial, ” (APDP, 2009).

As complicações tardias estão implicitamente ligadas às lesões dos vasos sanguíneos, que são os responsáveis pelo transporte do oxigénio e nutrientes para a diferentes partes do organismo através do sangue. As lesões desses vasos podem comprometer o aporte dos alimentos nos tecidos e órgãos, com graves consequências.

As complicações vasculares resultam em quadros clínicos graves, e contribuíam de forma decisiva no que refere à morbilidade e mortalidade, dividindo-se em complicações micro e macrovasculares.

Quadro nº 2 – Complicações tardias da diabetes

<b>Complicações microvasculares : lesões dos pequenos vasos sanguíneos</b>
<b>Retinopatia</b>
<b>Nefropatia</b>
<b>Neuropatia</b>
<b>Complicações macrovasculares: lesões dos grandes vasos sanguíneos</b>
<b>Macroangiopatia: doença coronária, cerebral e dos membros inferiores</b>
<b>Hipertensão arterial</b>
<b>Complicações neuro, macro e microvasculares</b>
<b>Pé diabético</b>
<b>Outras complicações</b>
<b>Disfunção sexual</b>
<b>Infeções</b>

Fonte: Associação Portuguesa da Diabetes (APDP, 2001)

Segundo a WHO (2003), “a meta a atingir com o tratamento da Diabetes é manter o nível da glicémia o mais controlado possível, evitando assim, a instalação de complicações tardias”.

“A alimentação e o exercício físico fazem parte, conjuntamente com a medicação (insulina ou antidiabéticos orais) da tríade Fundamental, do tratamento da diabetes” (Caldeira, et al, 1989).

Figura nº1 – Tríade da Terapêutica da Diabetes



Fonte: Caldeira, et al. (1989)

Ainda segundo os mesmos autores, “o regime alimentar continua a ser a base fundamental do tratamento da diabetes.

Nenhum esquema de terapêutica medicamentosa terá sucesso sem que o diabético saiba *o que deve comer e como o deve fazer*”. Ou seja, **A educação alimentar** é imprescindível em termos do tratamento da diabetes e por isso deve ser tida sempre em conta, quer tomem ou não ADOS ou insulina.

**O exercício físico** deverá fazer parte do dia-a-dia, como parte do tratamentos controlo da diabetes, tendo tanta importância como tomar corretamente os medicamentos e fazer uma alimentação adequadas.

A **terapêutica farmacológica**, passa pela adoção também daquele que se adequa a cada pessoa. Pode ser *insulina*, ou *ADOS*, se a primeira opção, é única possível para os diabéticos tipo 1, já para os diabéticos tipo 2, pode-se optar por qualquer, uma ou pelas duas, tudo depende das características do utente e no que é mais correto para ele.

No que se refere há insulina existem vários tipos que se podem dividir em categorias de acordo com a velocidade com que a insulina injetada é absorvida do tecido subcutâneo para a corrente sanguínea (inicio da ação), pelo período de tempo em que a insulina atua com maior atividade (pico máximo) e pelo tempo que o organismo leva para absorver toda a insulina injetada (duração da ação).

Os esquemas e doses de insulina são especificamente direcionadas para cada pessoa, e de toda uma série de fatores que a rodeiam.

No que diz respeito, a terapêutica por ADOS, devem ter tidas em conta as referências das recomendações Nacionais da SPD 2015

Figura nº 2 – Terapêutica anti hiperglicémica na diabetes tipo 2: Recomendações gerais



O Plano terapêutico na diabetes para ser exequível, passa por uma participação ativa por parte do utente diabético, pois ele é o elemento essencial para que seja possível a sua

concretização. Assim, segundo a WHO (2003), “o autocuidado protagonizado pelo próprio diabético, assume um papel central no tratamento da diabetes”.

A consciencialização do utente diabético acerca da sua doença e do seu controle possibilita que se tornem mais ativos no próprio tratamento, proporcionando-lhes uma maior segurança e aceitação por parte da doença, de modo a desenvolver hábitos de vida que previnem o aparecimento de complicações, o mais tardiamente possível.

## **1.2 – Prevalência da Diabetes no Mundo e em Portugal**

Segundo a OE (2010), “o aumento nas doenças crónicas em todo o mundo, deve-se a um leque alargado de fatores ao nível global e local, nacional e local. Muitos estão relacionados com mudanças fundamentais a nível global e nas sociedades, incluindo a urbanização e a globalização económico; medidas políticas e sociais; e questões de injustiça social, bem como o envelhecimento populacional”.

“Todos os países do mundo se encontram afetados pela maré crescente da doença crónica; bem como pela necessidade de acesso a cuidados apropriados e economicamente acessíveis para as pessoas com quadros crónicos” (OE, 2010), pelo que nos últimos anos a nível das instituições e dos governos se têm alterado os seus sistemas de saúde no sentido da inclusão deste tipo de doenças. Assim e fazendo parte deste paradigma podemos referenciar a Diabetes Mellitus.

Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2014: “A diabetes atinge mais de 382 milhões de pessoas em todo o mundo, corresponde a 8,3% da população mundial e continua a aumentar em todos os países. Em 46% destas pessoas a diabetes não foi ainda diagnosticada, prosseguindo a sua evolução silenciosa.

Segundo a Atlas de la FID (2013), a diabetes tipo 2 representa cerca de 85% a 95%, nos países ricos, sendo que pode apresentar uma percentagem maior nos países menos desenvolvidos. A diabetes tipo 2 é por assim dizer uma doença comum e um grave problema de saúde global.

No que se refere ao nosso país, também nos encontramos dentro do mesmo panorama. Assim, em Portugal segundo o mesmo Relatório: “A prevalência da Diabetes em 2013 é de 13,0% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos). Sendo que em 7,3% dos indivíduos já diagnosticada e em 5,7% não estava diagnosticada”.

Ainda segundo, o mesmo relatório, verificou-se uma diferença na prevalência no que se refere ao género, sendo de 10,7% nas mulheres e 15,6% nos homens (com 4,4% e 7,1%, respetivamente não diagnosticados).

A prevalência da Diabetes é cerca de 4 vezes superior nas pessoas obesas ( $IMC \geq 30$ ), do que nas que apresentam um IMC normal ( $IMC < 25$ ).

A Hiperglicemia Intermédia (AGJ, TDG, ou ambas) em Portugal, em 2013, atinge 27,0% da população portuguesa, o que prefaz 40% de população portuguesa com diabetes e hiperglicémia.

Portugal, encontra-se situado entre os países europeus que registam uma taxa mais elevada da diabetes. Esta constante crescente incidência e prevalência está implicitamente relacionada com as alterações adquiridas nas últimas décadas do estilo de vida, que se caracteriza por inatividade física, maus hábitos alimentares que predispõem ao aumento da gordura corporal (obesidade), bem como o aumento da esperança de vida.

Segundo RAOND (2014), a Diabetes tipo 1 nas crianças e nos jovens em Portugal em 2013, atingia 3 262 indivíduos com idades entre 0-19 anos, o que corresponde a 0,16% da população portuguesa neste escalão etário. Nesse ano foram detetados 18,2 novos casos de diabetes tipo 1 por cada 100 000 jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, valor superior ao registado em 2004.

Também a prevalência de parturientes com Diabetes Gestacional que utilizou o SNS em 2013, foi de 5,8%, tendo-se verificado um aumento significativo.

Nos últimos 5 anos tem-se verificado uma diminuição significativa do número de anos potenciais de vida perdida por Diabetes Mellitus em Portugal (-15%).

No que se refere, em termos de regiões, e mencionando apenas alguns dados descritos na RAOND 2014, com respeito ao Alentejo, denota-se em termos dos internamentos por descompensação/complicação nomeadamente por cetoacidose este apresenta a maior incidência no que se refere às outras regiões com 18% dos utentes, atingindo mais do dobro de todo o SNS cujo valor é de 7%.

No âmbito, dos internamentos por complicações do pé diabético, o Alentejo apresenta a segunda maior percentagem, a seguir à região do Algarve, e superior ao todo do SNS. No que se refere as amputações, também é no Alentejo que se reporta a maior percentagem em relação as outras regiões e a todo o SNS, sendo o seu valor nas amputações menor de 16,7%, e maior de 11,5%.

### **1.3 – Justificação do Tema**

Desde sempre, Portugal tem mantido um papel bastante ativo na luta contra a diabetes, fazendo parte integrante de programas de intervenção. “O programa Nacional de Controlo da Diabetes existe em Portugal, desde a década de setenta, tendo sido atualizado em 1992” e posteriormente revisto em 1995. 1998 e pela última vez em 2008.

Também em 1989, conjuntamente com outros países Europeus, assinou a Declaração de *Saint Vicent*, cujo foco principal incidia na implementação de medidas para a redução das complicações da doença.

Com o crescimento constante da diabetes, esta continua a constituir um desafio, tendo sido salientado na Resolução de 2012 do Parlamento Europeu, tendo surgido no decorrer do mesmo o Despacho nº 3052/2013, publicada no Diário da Republica, 2ª série - nº 40, em 26 de Fevereiro de 2013, na qual se procede à criação segundo o mesmo de um modelo organizacional da prestação de cuidados especializados, que preconiza melhorar as medidas de prevenção e controlo da diabetes, através da promoção da articulação entre os diversos níveis de cuidados, da promoção da multidisciplinaridade e da participação de todas as instituições envolvidas, quer em termos de das unidades de Cuidados de Saúde Primários, Hospitais, bem como Organizações da Sociedade Civil e local, de modo a uma maior otimização dos serviços e cuidados prestados, face ao foco principal a diabetes Mellitus.

Assim, com base nestas diretrizes, a nível da ULSNA-EPE, procedeu-se à criação das Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes (UCFD), a criação de consultas de diabetes nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a criação das Unidades Integradas de Diabetes (UID) em contexto hospitalar, nomeadamente no Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre e o Hospital St.<sup>a</sup> Luzia em Elvas.

Pós criação das referidas unidades, e nomeadas os elementos que delas fazem parte, procedeu-se à elaboração de planos, com os respetivos objetivos de forma a providenciar a prestação de cuidados ao utente diabético.

Com base, na criação destas estruturas surge assim, a implementação da UID, a nível hospitalar, que deve ser constituída por uma equipa multidisciplinar, que trabalhe conjuntamente de modo a proporcionar uma maior abrangência no controle da DM, de modo a promover a autogestão e autocontrolo da doença por parte do utente diabético, de modo a obter uma melhor qualidade de vida. Fazendo, parte desta equipa multidisciplinar, a Enfermagem, também representa um papel importante, nomeadamente no decorrer da Consulta de Enfermagem cujo objetivo passa pela “Intervenção visando a realização de uma



avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (DR. Nº 80, 2013).



## **2- PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Fazendo parte, duma das Unidade Integrada da Diabetes (UID), da ULSNA, mais precisamente a nível do Hospital Dr. José Maria Grande, procedeu-se à criação de implementação da Consulta de Enfermagem da Diabetes em espaço próprio, em complementaridade com a Consulta de Medicina e outras especialidades. Ainda segundo o mesmo Despacho nº 3052/2013: “ Na consulta autónoma da diabetes nos hospitais, a equipa multidisciplinar deve reforçar a educação da pessoa com diabetes, particularmente nos aspetos relativos ao autocontrolo e autogestão da diabete...s”. “A equipa multidisciplinar da UID define com cada pessoa com diabetes, as metas e objetivos individuais a atingir e a terapêutica a adotar”.

Ainda no decurso da consulta, as intervenções são realizadas em contexto da formação adquirida dentro dessa área em particular. É também com base nesses conhecimentos adquiridos, que se criou nomenclaturas e folhas de registo que têm por base a realização da consulta, de modo a promover o autocuidado da diabetes em geral, e mais especificamente o auto cuidado do Pé diabético.

### **2.1 – Área de Intervenção**

O serviço de Consultas Externas, faz parte encontra-se localizado no 2º piso do edifício principal do Hospital Dr. José Maria Grande, podendo-se-lhe ter acesso quer pelo seu interior, quer pelo seu exterior por uma entrada lateral independente.

O serviço de consultas funciona diariamente das 9h às 17h em horário contínuo de Segunda a Sexta-feira, no entanto por vezes em determinados dias o horário prolonga-se até terminar as consultas que estão a decorrer. É constituído por várias salas de consulta, tratamento e cirurgia de ambulatório, onde durante a semana decorrem consultas de várias especialidades, divididas pelos diferentes dias da semana, bem como cirurgias e ambulatório e pequenas cirurgias. Aos fins-de-semana decorrem por vezes consultas da especialidade de otorrinolaringologia, oftalmologia, mais especificamente na vertente da retinopatia diabética e a cirurgia de ambulatório de oftalmologia.

Além de um vasto corpo clínico que ocorre ao serviço nos dias em que procede às suas consultas, também exercem as suas funções permanentemente neste serviço 12

enfermeiros/as, 9 técnicos/as de meios complementares de diagnóstico, 7 assistentes operacionais (2 estão adstritas ao centro de emprego por contratos), 6 elementos administrativos.

## **2.2 – Caracterização da População Alvo**

Os utentes que acorrem ao serviço de Consultas Externas, e têm entre si a consonância de apresentarem a mesma patologia a Diabetes Mellitus, necessitam *a priori* de cuidados mais diferenciados. O mais comum, e virem referenciados através dos Centros de Saúde pelo do seu médico de família, muitas vezes por apresentarem situações que precisam do apoio da equipa multidisciplinar, pois têm dificuldade em manter equilibrados os valores da glicémia; do serviço de urgência, do serviço de onde tiveram alta após internamento, muitas vezes por descompensação diabética ou então em consultas seguintes e abrangem toda uma população do distrito.

## **2.3 – Objetivos**

Os objetivos do projeto assentam na necessidade premente de compreender a vivência da pessoa com diabetes, na aceitação e na intervenção especializada, como tal pretendemos. Assim, delineou-se como:

### *Objetivos Gerais:*

- ◆ Implementar a consulta de enfermagem de modo a poder acompanhar o utente diabético na prestação de cuidado

### *Objetivos específicos:*

- ◆ Capacitar os utentes com diabetes tipo 2 para o autocuidado em relação à sua doença.
- ◆ Capacitar os utentes com diabetes tipo 2 para o autocuidado e vigilância do pé,
- ◆ Elaborar instrumentos para se proceder aos registos de enfermagem

Providenciar material para a colheita de dados em contexto da consulta

- ◆ Avaliar e analisar as estratégias de intervenção de modo a dar continuidade a consulta de enfermagem
- ◆ Estruturar a consulta de enfermagem através de ensinios sistematizados que auxiliam a pessoa com diabetes, a adquirir conhecimentos de modo a gerir a sua doença.
  - Aumentar/manter uma vigilância adequada da diabetes tipo 2.
  - Garantir que a informação clínica do utente fica inserida no seu processo de modo a que esteja acessível a todos os que lhe prestam cuidados.
  - Melhorar o controlo metabólico dos utentes com Diabetes tipo 2.

## 2.4 - Desenvolvimento de Ações Estratégicas

### 2.4.1 - Consulta de Enfermagem da UID

<b>Área de implementação</b>	Consulta de Enfermagem da UID
<b>Fundamentação</b>	A Consulta de Enfermagem passa pela intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado
<b>População alvo</b>	Utente diabético
<b>Objetivo</b>	Implementar a consulta de enfermagem de modo a poder acompanhar o utente diabético na prestação de cuidado
<b>Suporte</b>	Serviço de consultas externas
<b>Estratégias e ações a desenvolver</b>	Organização e delineação do espaço onde se vai proceder a consulta. Previsão de material necessário, para o decurso da mesma. Organizações e programação do funcionamento da mesma.
<b>Recursos humanos</b>	Enfermeiro, Enfermeiro Chefe do Serviço, Enfermeiro Orientador do projeto
<b>Recursos materiais</b>	Sala de consulta, secretária, computador, impressora, marquesa, balança, armários(para colocação de material de apoio a consulta ex. medidor de TA, glicómetro; etc.)
<b>Indicadores (execução)</b>	Número de consultas efetuadas da especialidade de diabetes pelos profissionais de enfermagem na sala destinada à consulta
<b>Horizonte Temporal</b>	Até final Agosto de 2016

Tabela nº 1 – Consulta de Enfermagem da UID – Estratégias a desenvolver

## 2.4.2 - Criação dos Instrumentos de Registos da Consulta de Enfermagem

<b>Área de implementação</b>	Criação dos instrumentos de registos da Consulta de Enfermagem
<b>Fundamentação</b>	Como em termos de serviço ainda não dispomos de nenhuma nomenclatura para colheita de dados, quer em termos informáticos, quer em formato de papel, sendo este essencial para se ter uma perceção do utente sobre o utente que está perante nós.
<b>População alvo</b>	Equipa multidisciplinar, principalmente a nível da Medicina Interna, Cirurgia Pé diabético, Enfermagem. Utente diabético
<b>Objetivos</b>	Elaborar instrumentos para se proceder aos registos de enfermagem Providenciar material para a colheita de dados em contexto da consulta
<b>Suporte</b>	Pesquisa bibliográfica
<b>Estratégias e ações a desenvolver</b>	Solicitar autorização ao CA e chefe de Serviço das Consultas Externa para a implementação das fichas criadas, no contexto da consulta de Enfermagem da diabetes. Criação de ficha de colheita de dados da 1ª consulta Criação de ficha de colheita de dados da consulta seguinte Criação de ficha de avaliação do pé diabético
<b>Recursos humanos</b>	Utente diabético, Enfermeiro
<b>Recursos materiais</b>	Computador, impressora, resma de papel, pasta de arquivo.
<b>Indicadores (execução)</b>	Número de fichas preenchidas, informação que se consegue sobre o utente com o seu preenchimento.
<b>Horizonte temporal</b>	Até final de Agosto de 2016

Tabela nº 2 - Criação dos instrumentos de registos da Consulta de Enfermagem -Estratégias a desenvolver

### 2.4.3 - Uniformização e Organização dos Cuidados

<b>Área de intervenção</b>	Uniformização e organização dos cuidados
<b>Fundamentação</b>	A diabetes é uma doença crónica em larga expansão, estando associada a uma elevada morbilidade e mortalidade. A luta contra a sua expansão implica necessidade de medidas consistentes e programadas em termos de prevenção, diagnóstico e tratamento.
<b>População Alvo</b>	Utentes diabéticos e seus familiares
<b>Objetivo:</b>	Avaliar e analisar as estratégias de intervenção de modo a dar com continuidade a consulta de enfermagem
<b>Suporte</b>	PAIDM tipo 2, PND
<b>Estratégias e ações a desenvolver</b>	<p>Elaboração de circuitos de referenciação de pessoas com diabetes de modo a obter um melhor acesso e qualidade dos cuidados prestados, e a obter uma melhor utilização dos recursos disponíveis.</p> <p>Preenchimento de inquérito de autocuidado, para avaliação; pós pedido ao CA, para a utilização deste inquérito, bem como o consentimento do utente</p> <p>Elaboração e divulgação de medidas orientadoras dirigidas a pessoas com diabetes e/ou familiares, acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores de risco;</li> <li>• Sinais e sintomas de descompensação da diabetes e normas de atuação;</li> <li>• Estilos de vida adequados à diabetes (exercício físico, alimentação, etc.)</li> <li>• Educação sobre autovigilância; técnicas de administração de insulina.</li> </ul> <p>Promoção de literacia, através da elaboração de material informativo e adequado de modo a fornecer informação adequada, elucidativa e concisa.</p>
<b>Recursos Humano</b>	Enfermeiros
<b>Recursos Materiais</b>	Computador, impressora, resma de papel, pasta de arquivo., meios audiovisuais, literacia, suportes didáticos
<b>Indicadores (execução)</b>	Nº de Protocolos e Medidas de atuação efetivados e formações
<b>Horizonte temporal</b>	Final de Agosto de 2016

Tabela nº 3 - Uniformização e Organização dos cuidados - Estratégias a desenvolver

#### 2.4.4 – Diabetes Mellitus

<b>Área de intervenção</b>	Diabetes Mellitus
<b>Fundamentação</b>	A DM é uma perturbação metabólica, caracterizada por um estado de hiperglicemia ctónica devido a uma deficiência relativa ou absoluta na secreção de insulina, podendo se associar a vários graus de insulinoresistência. Esta hiperglicemia crónica é responsável por diversas alterações do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, e por grande número de complicações.
<b>População Alvo</b>	Utentes diabéticos e seus familiares
<b>Objetivo:</b>	<p>Estruturar a consulta de enfermagem através de ensinios sistematizados que auxiliam a pessoa com diabetes, a adquirir conhecimentos de modo a gerir a sua doença.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumentar/manter uma vigilância adequada da diabetes tipo 2.</li> <li>▪ Garantir que a informação clínica do utente fica inserida no seu processo de modo a que esteja acessível a todos os que lhe prestam cuidados.</li> <li>▪ Melhorar o controlo metabólico dos utentes com Diabetes tipo 2.</li> <li>▪ Reduzir o número de episódios de internamento por hipoglicemia, cetoacidose e hiperosmolaridade.</li> <li>▪ Atrasar na incidência de complicações macro e microvasculares da diabetes</li> <li>▪ Ensino sobre administração de insulina</li> </ul>
<b>Suporte</b>	PAIDM tipo 2, APDP, SPD
<b>Estratégias e ações a desenvolver</b>	<p>Aplicação de ficha de avaliação face a atividades de autocuidado com a diabetes numa fase inicial e numa fase posterior.</p> <p>Monitorização a vigilância do utente com diabetes tipo 2</p> <p>Seguimento das pessoas identificadas com diabetes tipo 2, no sentido de promoção de orientações técnicas, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promoção de estilos de vida saudável</li> <li>▪ Ensino em termos nutricionais</li> <li>▪ Ensino para autovigilância da diabetes</li> <li>▪ Educação terapêutica da pessoa com diabetes</li> <li>▪ Estar atenta aos sinais de descompensação da diabetes</li> </ul> <p>Avaliação periódica da evolução da diabetes</p> <p>Parametrização e avaliação do controlo metabólico</p> <p>Monitorização dos fatores de risco, nomeadamente cardiovasculares</p> <p>Fomentação da acessibilidade entre os CSP e as consultas a nível hospitalar</p>

	Prevenção e deteção precoce da doença ocular, renal, neuropática e pé diabético
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro, Equipa multidisciplinar, principalmente a nível da Medicina Interna, Cirurgia Pé diabético.
<b>Recursos Materiais</b>	Sala de consulta, literacia, glicómetro, balança, medidor de TA, literacia, suportes didáticos (ex. seringas de demonstração de administração de insulina)
<b>Indicadores (execução)</b>	$\frac{\text{Nº de diabéticos a quem foi avaliado se efetua autovigilância}}{\text{Nº total de diabéticos identificados}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de diabéticos a quem foi avaliada a altura e peso}}{\text{Nº total de diabéticos identificados}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de diabéticos a quem foi avaliada o perímetro abdominal}}{\text{Nº total de diabéticos identificados}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de diabéticos a quem foi avaliada a hemoglobina glicosilada}}{\text{Nº total de diabéticos identificados}} \times 100$ <p>Avaliação dois questionários que correm em tempos diferentes para o utente, inicialmente e no final</p>
<b>Horizonte temporal</b>	Final de Agosto de 2016

Tabela nº 4 – Diabetes Mellitus – Estratégias a desenvolver

#### 2.4.5– Pé Diabético

<b>Área de intervenção</b>	Pé diabético
<b>Fundamentação</b>	<p>O Pé Diabético é uma complicação frequente e grave da diabetes, que constitui uma ameaça à integridade da vida, limitando e/ou diminuindo a qualidade de vida da pessoa com diabetes (APDP), sendo o principal motivo de ocupação prolongada de camas hospitalares e o responsável por cerca de 70% de todas as amputações efetuadas por causas não traumáticas.</p> <p>De acordo com as normas emitidas pela Direção-Geral da Saúde (03/2010,1/2011, 5/11):</p> <p>Estima-se que cerca de 25% de todas as pessoas com diabetes tenha condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés, nomeadamente pela presença de neuropatia sensitivo-motora e de doença vascular aterosclerótica.</p> <p>A evidência demonstra que o rastreio sistemático do pé diabético leva a diminuição acentuada do número de amputações dos membros inferiores, obtendo-se evidentes ganhos de saúde e de qualidade de vida.</p>
<b>População Alvo:</b>	Utentes inscritos com diagnóstico de Diabetes Mellitus
<b>Objetivos:</b>	Promover o auto cuidado e prevenção do pé diabético
<b>Suporte</b>	PAIDN tipo2; Norma da DGS 03/2010,1/2011, 5/11
<b>Estratégias e ações</b>	Existência de material essencial para a prestação dos cuidados em todas

<b>a desenvolver</b>	<p>as unidades envolvidas.</p> <p>Elaboração de questionário para avaliar o autocuidado ao pé na fase inicial e final,</p> <p>Promoção a formação no âmbito nesta área</p> <p>Monitorização e implementação do rastreio do pé diabético</p> <p>Elaboração de protocolos de orientação no tratamento do pé em ambulatório e hospitalar</p> <p>Criação de circuitos em temas de cuidados de enfermagem ao utente com pé diabético de modo, entre a UID e o ACES</p> <p>Criação de normas de atuação de modo a uniformizar materiais e métodos de atuação.</p> <p>Vigilância em termos do problema de risco de desenvolver Pé diabético e encaminhamento das situações de risco para consulta de referência.</p> <p>Criação de fichas de referência para a consulta do pé diabético</p> <p>Promoção para a educação, vigilância e prevenção do Pé diabético.</p>
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro, Equipa multidisciplinar, principalmente a nível da Medicina Interna, Cirurgia Pé diabético.
<b>Recursos Materiais</b>	Sala de consulta, literacia, glicómetro, balança, medidor de TA, literacia, suportes didáticos ( Ex. monofilamento, diapasão, etc.)
<b>Indicadores (execução)</b>	$\frac{\text{Nº de utentes com diabetes com exame dos pés realizado no último ano}}{\text{Nº total de utentes diabéticos}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de utentes com diabetes com pelo menos uma úlcera ativa no pé}}{\text{Nº total de utentes diabéticos}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de utentes com amputações minor}}{\text{Nº total de utentes diabéticos}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de utentes com amputações major}}{\text{Nº total de utentes diabéticos}} \times 100$ <p>Avaliação através dos questionários que decorrem em 2 períodos de tempos diferentes para o utente, inicialmente e no final</p>
<b>Horizonte temporal</b>	Final de Agosto de 2016

Tabela nº 5 – Pé diabético – Estratégias a desenvolver

## 2.5 – Aspetos Éticos da Investigação

No decurso de todos os procedimentos da investigação serão tidos em conta os direitos que assistem às pessoas e organizações envolvidas no estudo.

Será solicitada autorização ao órgão Conselho de Administração da ULSNA no âmbito de estudos a realizar no decurso do estágio.

O consentimento livre e esclarecido será efetuado através de formulário do qual constarão todos os elementos necessários a um completo esclarecimento do participante. Com a garantia que se manterá em relação a todos os objeto de estudo.



### **3 – AVALIAÇÃO**

A avaliação deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados).

A elaboração deste projeto/consulta passa, por todo um percurso que visa o utente diabético na sua essência e tentar-lhe incutir e potenciar a responsabilidade pelo seu autocuidado prevenindo ou atrasando o máximo possível as complicações.

A avaliação constituiu um momento reflexivo, acerca de um percurso de aprendizagem intencional e previamente definido, contudo passível de reajustes e reformulações tendo em conta a realidade em que vai ser aplicado, bem como todas as condicionantes contextuais e organizacionais.

## 4 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Quadro nº 3 – CRONOGRAMA DE PROJETO/ESTÁGIO (2015-2016)

Meses	Jun.	30 de Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.
Atividades										
Elaboração do projeto individual de estágio										
Entrega do projeto										
Avaliação da viabilidade do projeto										
Execução das estratégias planeadas para o período Estágio com a finalidade de atingir os objetivos definidos					Pausas de acordo com as interrupções letivas					
Avaliações periódicas das estratégias Desenvolvidas					A programar durante o período de estagio					
Elaboração do relatório final de estágio										

## **CONCLUSÃO**

Ao se proceder à fomentação de uma consulta de enfermagem em termos de contexto hospitalar que visa o acompanhamento Um protocolo de enfermagem para acompanhamento periódico do utente diabético permite, mais facilmente ter uma visão globalizada que permite identificar os fatores que podem afetar o autocuidado do mesmo face à doença e o autocuidado. “O conhecimento dessas variáveis pelo profissional de saúde é condição essencial para que se ofereça o suporte mais adequado ao paciente de acordo com suas características pessoais e culturais, auxiliando-o na modificação desejada do estilo de vida. A consulta de enfermagem passa a ser, então, o momento mais oportuno para essa interação” (Curcio, 2009)

O utente diabético que tome consciencialização pela sua doença, que a aceite, acaba por conseguir, obter uma melhor qualidade de vida uma vez, consegue adquirir hábitos de vida mais saudáveis, melhor adesão ao tratamento. Tudo isto se acaba por ter repercussões na diminuição dos danos decorrentes da evolução natural da doença refletindo-se no seu bem-estar.

## BIBLIOGRAFIA

- APDP, Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, (2001). Viver com a diabetes. Climepsi Editores.
- APDP, Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, (2009). Diabetes Tipo 2, Um Guia de Apoio e Orientação. LIDEL - Edições Técnicas
- APDP, Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, (2010). PÉ DIABÉTICO. Caminhando para um futuro melhor. LIDEL - Edições Técnicas
- CALDEIRA, J., Odete, A.(1989). Alimentação E Exercício Físico na Diabetes Mellitus, Acta Médica Portuguesa 1989; Supl. 1:5-8
- COUTO, L. M. S. L.; Camarneiro, A. P. F. (2002). Desafios na Diabetes – Manual Sinais Vitais. Coimbra, FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- CURCIO, R. et al, (2009). Protocolo para consulta de Enfermagem: assistência a pacientes com diabetes tipo 2 em insulínoterapia. Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre (RS) 2009 set; 30 (3); 552-7.
- DESPACHO N<sup>o</sup> 3052/2013 – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 18 de Fevereiro de 2013, publicado em Diário da Republica, 2<sup>a</sup> série – N<sup>o</sup> 40 de 26 de Fevereiro de 2013.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2000). Circular Normativa n<sup>o</sup> 14/DGCG de 12/12/2000 – “Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus”, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2002). Circular Normativa n<sup>o</sup> 09/DGCG de 04/07/2002 – “Atualização dos Critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabetes Mellitus”, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2010). Circular Normativa n<sup>o</sup>05/PNPCD de 22/3/1010 – “Pé Diabético. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD) ”, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011). Orientação n<sup>o</sup> 003/2011 de 21/1/2011 – “Organização de Cuidados, Prevenção e Tratamento do Pé Diabético”, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx>
- DIREÇÃO\_GERAL DA SAÚDE (2011). Norma n<sup>o</sup> 002/2011 de 14/1/2011 – “Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus”, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2011). Norma n<sup>o</sup> 005/2011 de 21/1/2011 – “Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético”, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx>

- DIREÇÃO\_GERAL DA SAÚDE (2011). Norma nº 025/2011 de 29/9/2011 – “Insulinoterapia na Diabetes Mellitus tipo 2”, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx>
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. Atlas de la DIABETES de la FID. 6ª Edição
- GRUPO DE ESTUDOS DA DIABETES MELLITUS – “Diabetes, uma abordagem global” 2ª edição. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo 2011.
- IMPERATORI, E & Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do planeamento da saúde. Lisboa. Edições de saúde.
- MICHELS, M. J., et al (2010) Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica. 2010;54/7
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Processos Assistenciais Integrados. Orientações nº 2/2013, de 18 de Fevereiro. Lisboa: Direção-Geral de Saúde 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2008.
- OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES, <http://www.spd.pt/>
- OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES (2014). *Diabetes: Factos e Números 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*, disponível em <http://www.spd.pt/>
- QUEIROZ, P. C., et al, (2011). Prevalência das complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes *mellitus* e síndrome metabólica. Revista Brasileira Clinica Medica São Paulo, 2011 jul-ago; 9(4) 264-8.
- ROSAS, S. (2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus, Diabetes uma Abordagem global. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 2ª edição. Euromédica – edições médicas
- SARAIVA, C.(2011). Complicações Agudas da Diabetes Mellitus. Diabetes uma Abordagem global. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 2ª edição. Euromédica – edições médicas
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABÉTOLOGIA, <http://www.spd.pt/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). Cuidados inovadores para condições crónicas – Componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Geneva

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). Adherence to long-term therapies. On line:  
[http://www.who.int/chronic\\_conditions/adherence/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/adherence/en/)

APÊNDICE III – Ficha de consulta de Enfermagem – 1ª consulta



Unidade Funcional da Diabetes

Consultas Externas

1ª Consulta

Consultas de Diabetes - Colheita de Dados					
Nome: (colar etiqueta)			Nome do Médico <hr/> Nome do Médico de Família <hr/>		
<b>Outros dados Pessoais:</b>					
Escolaridade: _____			Profissão: _____		
Vive sozinho <input type="radio"/> Familiares <input type="radio"/> Parentesco: _____ Outros: _____					
Obs: _____					
<b>Exame Físico:</b>					
TA: _____/_____/_____ mmHg		Pulso: _____ ppm		Peso: _____ Kg	
PA: _____ cm		Altura: _____ cm		IMC: _____	
<b>História da Diabetes:</b>					
Diagnóstico da diabetes: (____) anos		Diagnosticado por: Análises de rotina (____) Outros (____)			
Especificar: _____					
Diabetes na família: (____) Especificar: _____					
<b>Valores Laboratoriais</b>					
Análises efetuadas ____/____/____		Valores: HbA1c _____		Glicose: _____	
Colesterol Total _____		HDL _____		LDL _____	
Creatinina _____		Microalbuminúria _____		Triglicerídeos _____	
Outros _____					
<b>Patologias/Complicações:</b>					
<b>Macrovasculares:</b>			<b>Microvasculares:</b>		
AVC: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>			Retinopatia: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>		
HTA: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>			Nefropatia: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>		
Dislipidemia: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>			Neuropatia: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>		
EMC: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>					
<b>Neuro, macro e microvasculares:</b>					
Pé diabético: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> { Neuropático <input type="radio"/> Isquémico <input type="radio"/> Neuroisquémico <input type="radio"/>					
Outras patologias: _____					
<b>Terapêutica</b>					
Medicação geral/posologia:					
_____					
_____					
_____					
_____					
_____					
_____					
Medicação diabetes /posologia					
ADOS	P. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nome/Tipo de Insulina	P. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____



<b>Outras avaliações:</b>	
<b>Exames:</b>	
Retinografia: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Data __/__/__	Outros <input type="radio"/> Quais? _____
<b>Consultas:</b>	
Oftalmologia Geral: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Data __/__/__	Oftalmologia PRDT: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Data __/__/__
Nefrologia: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Data __/__/__	Cardiologia: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Data __/__/__
Pé Diabético: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Data __/__/__	Dietética: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Data __/__/__
Outras <input type="radio"/> Quais? _____	
<b>Perceção/Conhecimentos sobre a patologia</b>	
<b>Perceção da diabetes</b>	
Nenhum <input type="radio"/> Algum <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Bons <input type="radio"/>	
<b>Autovigilância:</b> (Frequência; técnica; interpretação dos valores e registos)	
Nenhuns <input type="radio"/> Alguns <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Bons <input type="radio"/>	
<b>Complicações agudas:</b>	
A – Hiperglicémia: nenhuns <input type="radio"/> alguns <input type="radio"/> razoável <input type="radio"/> bons <input type="radio"/>	
B – Hipoglicémia: nenhuns <input type="radio"/> alguns <input type="radio"/> razoável <input type="radio"/> bons <input type="radio"/>	
<b>Complicações Crónicas:</b>	
1 – Macrovasculares: nenhuns <input type="radio"/> alguns <input type="radio"/> razoável <input type="radio"/> bons <input type="radio"/>	
2 – Microvasculares: nenhuns <input type="radio"/> alguns <input type="radio"/> razoável <input type="radio"/> bons <input type="radio"/>	
<b>Cuidados dos Pés:</b> (Vigilância, lavagem; hidratação; calosidades; unhas; meias; sapatos; deambulação; aquecimentos)	
Nenhuns <input type="radio"/> Alguns <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Bons <input type="radio"/>	
<b>Medicação</b>	
<b>ADDS</b> (Horários; efeitos secundários)	
Nenhuns <input type="radio"/> Alguns <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Bons <input type="radio"/>	
<b>Insulina</b> (Horários, preparação, administração, locais, conservação, efeitos)	
Nenhuns <input type="radio"/> Alguns <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Bons <input type="radio"/>	
<b>Alimentação</b> (Frequência, quantidades ingeridas de: HC, lipídios, proteínas, verduras, fruta, açúcares, água, sal, álcool)	
Nenhuns <input type="radio"/> Alguns <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Bons <input type="radio"/>	
<b>Exercício Físico</b> (Vantagens, tipo, frequência, cuidados)	
Nenhuns <input type="radio"/> Alguns <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Bons <input type="radio"/>	
<b>Necessidades e problemas sentidos:</b>	
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
<b>Compromissos com o Utente</b>	
Procedimentos a desenvolver até à próxima consulta _____	
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
Consulta de Enfermagem __/__/__	As: _____
Consulta Médica __/__/__	As: _____

APÊNDICE IV – Consulta de Enfermagem - seguinte





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALentejano-LEPE

Unidade Funcional da Diabetes

Consultas Externas

Consulta de seguimento

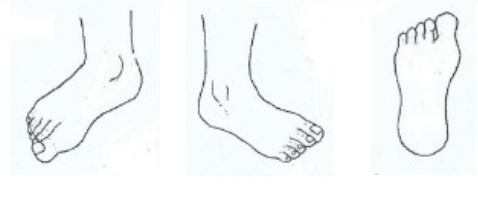

Consultas de Diabetes -- Colheita de Dados					
Nome: (colar etiqueta)			Nome do Médico <hr/> Nome do Médico de Família <hr/>		
<b>Exame Físico:</b>					
TA: ____/____ mmHg		Pulso: ____ ppm	Peso: ____ Kg	Glicémia capilar: ____ mg/dl	
PA: ____ cm		Altura: ____ cm	IMC: ____		
<b>Valores Laboratoriais</b>					
Análises efetuadas ____/____/____		Valores: HbA1c ____		Glicose: ____	
Colesterol Total ____		HDL ____	LDL ____		
Creatinina ____		Microalbuminúria ____		Trigliceridos ____	
Outros _____					
<b>Autocuidado do pé:</b>					
Calçado adequado: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>			Meias adequadas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Higiene do pé: Boa <input type="radio"/> Deficiente <input type="radio"/> ; Lavagem: Periodicidade (____) Duche <input type="radio"/> Imersão <input type="radio"/>					
Corte das Unhas: _____ O próprio <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/> Quem? _____					
Material utilizado _____			Aplicação de Cremes: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Vigilância dos pés: Periodicidade (____) Dificuldades: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Quais? _____					
Calosidades: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Lesões: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>					
Perceção da sensibilidade: Monofilamento: Sim ① Não ② P. Térmica: Sim ③ Não ④					
					
Pé Direito <input type="radio"/>		Pé Esquerdo <input type="radio"/>			
Obs: _____					
<b>Reavaliação da Terapêutica</b>					
Medicação geral/posologia: _____					
Medicação diabetes /posologia					
ADOS	P. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar

Tipo de Insulina	P. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
<b>Autovigilância da glicemia:</b>					
Nº de avaliações: _____ Dia <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quinzenal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/>					
Medidor utilizado: _____					
Horário da avaliação:					
Jejum <input type="radio"/> 2h após o PA <input type="radio"/> Antes do almoço <input type="radio"/> 2h após almoço <input type="radio"/> Antes do lanche <input type="radio"/> 2h após lanche <input type="radio"/>					
Antes do jantar <input type="radio"/> 2h após o jantar <input type="radio"/> Deitar <input type="radio"/>					
Hiperglicemias <input type="radio"/> Obs: _____					
Hipoglicemias <input type="radio"/> Obs: _____					
<b>Temas a abordar</b>					
<u>Percepção da diabetes:</u>					
Apenas relembrar <input type="radio"/> Abordar Levemente <input type="radio"/> Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>					
<u>Autovigilância:</u> (Frequência; técnica; interpretação dos valores e registros)					
Apenas relembrar <input type="radio"/> Abordar Levemente <input type="radio"/> Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>					
<u>Complicações agudas:</u>					
A – Hiperglicemia: Apenas relembrar <input type="radio"/> Abordar Levemente <input type="radio"/> Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>					
B – Hipoglicemia: Apenas relembrar <input type="radio"/> Abordar Levemente <input type="radio"/> Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>					
<u>Complicações Crônicas:</u>					
1 – Macrovasculares: Apenas relembrar <input type="radio"/> Abordar Levemente <input type="radio"/> Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>					
2 – Microvasculares: Apenas relembrar <input type="radio"/> Abordar Levemente <input type="radio"/> Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>					
<u>Cuidados dos Pés:</u> (Vigilância, lavagem; hidratação; calosidades; unhas; meias; sapatos; deambulação; aquecimentos)					
Apenas relembrar <input type="radio"/> Abordar Levemente <input type="radio"/> Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>					
<u>Medicação:</u>					
<u>ADOS</u> (Horários; efeitos secundários)					
Apenas relembrar <input type="radio"/> Abordar Levemente <input type="radio"/> Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>					
<u>Insulina</u> (Horários, preparação, administração, locais, conservação, efeitos)					
Apenas relembrar <input type="radio"/> Abordar Levemente <input type="radio"/> Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>					
<u>Alimentação:</u> (Frequência, quantidades ingeridas de: HC, lipídios, proteínas, verduras, fruta, açúcares, água, sal, álcool)					
Apenas relembrar <input type="radio"/> Abordar Levemente <input type="radio"/> Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>					
<u>Exercício Físico:</u> (Vantagens, tipo, frequência, cuidados)					
Apenas relembrar <input type="radio"/> Abordar Levemente <input type="radio"/> Abordar mais aprofundado <input type="radio"/>					
Necessidades e problemas sentidos: _____ _____ _____ _____ _____					
<b>Compromisso com o Utente</b>					
Procedimentos a desenvolver até à próxima consulta _____ _____ _____ _____					
Consulta de Enfermagem ____/____/____			As: _____		
Consulta Médica / /			As: _____		

APÊNDICE V – Ficha de avaliação do Pé diabético



**Unidade Funcional da Diabetes**  
Consultas Externas  
Consulta de Avaliação do Pé diabético

Consultas de Diabetes – Avaliação do Pé diabético	
Nome: _____	Nome do Médico _____
Processo nº _____ Utente nº _____	
Enviado por: Urgência <input type="radio"/> Consulta Externas <input type="radio"/> Centro de Saúde <input type="radio"/> Internamento <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/>	
<b>Observação do Pé:</b>	
<b>Sapatos:</b> Adequados: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<b>Meias:</b> Adequadas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Pé Neuropático <input type="radio"/> Pé isquémico <input type="radio"/> Pé neuro isquémico <input type="radio"/>	
<b>Pé Direito</b>	<b>Pé Esquerdo</b>
	
<b>Higiene:</b> Boa <input type="radio"/> Deficiente <input type="radio"/>	<b>Higiene:</b> Boa <input type="radio"/> Deficiente <input type="radio"/>
Deformações do pé: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>	Deformações do pé: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>
Proeminências osseas: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>	Proeminências osseas: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>
Perda de mobilidade articular: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>	Perda de mobilidade articular: Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>
<b>Cor:</b> Rosado <input type="radio"/> Pálido <input type="radio"/> Cianosado <input type="radio"/>	<b>Cor:</b> Rosado <input type="radio"/> Pálido <input type="radio"/> Cianosado <input type="radio"/>
<b>Pele:</b> Integra: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Hidratada: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Fina: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Seca: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Edemas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Calosidade: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Hiperqueratoses: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Fissuras: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ulcerada: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<b>Pele:</b> Integra: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Hidratada: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Fina: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Seca: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Edemas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Calosidade: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Hiperqueratoses: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Fissuras: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ulcerada: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
<b>Espaços interdigitais:</b> Integros: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Macerados: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Fissuras: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ulcerada: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<b>Espaços interdigitais:</b> Integros: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Macerados: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Fissuras: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ulcerada: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
<b>Temperatura:</b> Normal <input type="radio"/> Frios <input type="radio"/> Quentes <input type="radio"/>	<b>Temperatura:</b> Normal <input type="radio"/> Frios <input type="radio"/> Quentes <input type="radio"/>
<b>Unhas:</b> Normais: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Espessas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Encravadas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Micóticas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<b>Unhas:</b> Normais: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Espessas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Encravadas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Micóticas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
<b>Percepção da sensibilidade:</b> Presente <input type="radio"/> Percepção da Pressão: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> P. Vibração: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> P. Tátil: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> P. Térmica: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ausente <input type="radio"/>	<b>Percepção da sensibilidade:</b> Presente <input type="radio"/> Percepção da Pressão: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> P. Vibração: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> P. Tátil: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> P. Térmica: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ausente <input type="radio"/>
<b>Dor:</b> Presente <input type="radio"/> Constante <input type="radio"/> Intermitente <input type="radio"/> C/ Peso <input type="radio"/> S/ Peso <input type="radio"/> Em repouso <input type="radio"/> Parestesias <input type="radio"/> Dormência <input type="radio"/> Picadas <input type="radio"/> Ausente <input type="radio"/>	<b>Dor:</b> Presente <input type="radio"/> Constante <input type="radio"/> Intermitente <input type="radio"/> C/ Peso <input type="radio"/> S/ Peso <input type="radio"/> Em repouso <input type="radio"/> Parestesias <input type="radio"/> Dormência <input type="radio"/> Picadas <input type="radio"/> Ausente <input type="radio"/>

<b>Feridas:</b> Ausentes <input type="radio"/> Presentes <input type="radio"/> Indolores <input type="radio"/> Dolorosas <input type="radio"/> Nas zonas de pressão: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Infetadas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> C/ comprometimento ósseo: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<b>Feridas:</b> Ausentes <input type="radio"/> Presentes <input type="radio"/> Indolores <input type="radio"/> Dolorosas <input type="radio"/> Nas zonas de pressão: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Infetadas: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> C/ comprometimento ósseo: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
<b>Classificação das úlceras no « pé diabético »</b> (Classificação de Wagner)			
Grau	Lesão		
0	Risco elevado, ausência de úlcera	Pé Esq. <input type="radio"/>	Pé Dto. <input type="radio"/>
1	Úlcera superficial, não infetado em termos clínicos	Pé Esq. <input type="radio"/>	Pé Dto. <input type="radio"/>
2	Úlcera profunda ± celulite, ausência de abscesso ou osteomielite	Pé Esq. <input type="radio"/>	Pé Dto. <input type="radio"/>
3	Úlcera profunda com osteomielite ou formação de abscesso	Pé Esq. <input type="radio"/>	Pé Dto. <input type="radio"/>
4	Gangrena localizada	Pé Esq. <input type="radio"/>	Pé Dto. <input type="radio"/>
5	Gangrena em todo o pé	Pé Esq. <input type="radio"/>	Pé Dto. <input type="radio"/>
<b>Notas e Observações:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____			
Consulta de Enfermagem ____/____/____		As: _____	
Consulta Médica ____/____/____		As: _____	

## APÊNDICE VI – Folheto da Diabetes



## Diabetes Tipo 2

Este tipo de diabetes surge, habitualmente em idades mais avançadas e é mais frequente que a Diabetes tipo 1.



A falta parcial de produção de Insulina, associada ao inadequado aproveitamento da mesma caracterizam este tipo de Diabetes.

Uma alimentação cuidada e exercício físico são a base do tratamento, no entanto, pode ser necessário recorrer a comprimidos e/ou insulina.



## Como Prevenir

Em relação à Diabetes tipo 1, pouco ou nada pode ser feito para prevenir

Já em relação à Diabetes tipo 2 uma alimentação saudável, variada e uma atividade física moderada são factores que ajudam a evitar ou a adiar o aparecimento desta doença.



## Contacto

Telefone: 245 301 000  
extensão— 11286

**ULSNA+**  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALGARGUENSE – EPE

## Unidade Funcional da Diabetes

# Diabetes



## A Diabetes

## O que é a Diabetes

A Diabetes é uma doença crónica caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue

À quantidade de glicose no sangue chama-se glicemia

## Como aparece

A Diabetes resulta de uma deficiente capacidade de utilização pelo organismo da nossa principal fonte de energia—a glicose

Para que a glicose possa ser utilizada como fonte de energia, é necessária a insulina



## Sintomas

Os sintomas mais frequentes associados à Diabetes são:

- Urinar em grande quantidade e mais vezes do que o normal
- Sede constante e intensa
- Fome constante e difícil de saciar
- Sensação de boca seca
- Fadiga
- Comichão no corpo
- Visão turva
- Perda de peso



## Diabetes Tipo 1

Também conhecida como Diabetes Insulinotratada, tem início na infância ou na adolescência, mas pode aparecer noutras idades



Provocada pela falta de insulina no organismo, este tipo de Diabetes não está directamente relacionada com os hábitos de vida ou alimentação

As pessoas com Diabetes Tipo 1 necessitam de terapêutica com insulina para toda a vida



Apêndice VII – Folheto de Controle da diabetes

## Atenção

Para controlar bem a diabetes não chega vigiar e corrigir a glicemia.

Não se esqueça de:

- Ter a tensão arterial controlada



- Ter os níveis de gorduras no sangue (colesterol) normais



- Não fumar



- Ter cuidados com os pés



- Emagrecer se estiver excesso de peso e perder barriga



## Contacto

Telefone: 245 301 000  
extensão— 11286

**ULSNA+**  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO – EPE

**Unidade Funcional da  
Diabetes**

**Diabetes**



**Controle da  
diabetes**



## Glicémia

Os valores da glicémia (açúcar no sangue) devem estar o mais próximo possível do normal (100mg/dl)

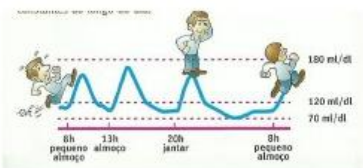


## Cuidados a ter



Atenção:

Os valores da glicémia não são constantes ao longo do dia.



Um teste à glicémia em jejum, só por si, feito de vez em quando, não é suficiente para controlar a diabetes



Ao medir a glicémia, pode corrigir a alimentação, a actividade física e melhorar o seu tratamento



A frequência com que se deve medir a glicémia é variável, conforme o tipo de diabetes e o tratamento que faz.



Pode ser necessário medir a glicémia várias vezes ao dia ou apenas uma a duas vezes por

## Objectivos da compensação na Diabetes

Glicémia	Ótimo	Aceitável	Mau
Em jejum	80-110 mg/dl	111-140 mg/dl	>140 mg/dl
Após as refeições	100-145 mg/dl	146-180 mg/dl	>180 mg/dl
HbA1c	-6,5 %	6,5 - 7,5 %	>7,5 %

APÊNDICE VIII – Folheto de Administração de insulina

## Conservação Insulina

Os frascos de insulina devem ser guardados na porta do frigorífico. As cargas instaladas nas canetas e as seringas pré-cheias descartáveis em uso devem ser conservadas à temperatura ambiente, afastadas da luz solar directa e de locais que aqueçam.



## Tipos de insulina

As insulinas variam de acordo com:

- início de ação: tempo que demoram a actuar após a sua administração
- Pico máximo: período de tempo em que atuam com maior atividade
- Duração: tempo que atuam no organismo

ANÁLOGOS DE LENTOS DE INSULINA		DE AÇÃO INTERMÉDIA (NPH)		INSULINAS DE AÇÃO ULTRARRÁPIDA		DE AÇÃO RÁPIDA	
1 a 2 horas	Não tem	1 a 2 horas	4 a 12 horas	10 a 15 minutos	1 a 2 horas	30 a 45 minutos	2 a 4 horas
Cerca de 24 horas na insulina glargina e cerca de 20 horas na insulina detemur		8 a 26 horas		4 a 6 horas		6 a 8 horas	
TEMPOS DE AÇÃO		INÍCIO		PICO MÁXIMO		DURAÇÃO	

## Contacto

Telefone: 245 301 000  
extensão— 11286

**ULSNA+**  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO – EPS

## Unidade Funcional da Diabetes

# Diabetes



## Administração de Insulina

## Utilização

O tratamento da insulina é feito através da injeção na gordura por baixo da pele.



## Cuidados a ter

- A cápsula de proteção deve ser colocada sem tocar na agulha após o uso da seringa/caneta



- A seringa/caneta deve ser guardada à temperatura ambiente



- A seringa ou a agulha da caneta não devem ser usadas se estiverem tortas/rombas



- A agulha não deve ser limpa com álcool



- A cápsula deve ser mantida quando a seringa/caneta for inutilizada e deve haver cautela na sua eliminação

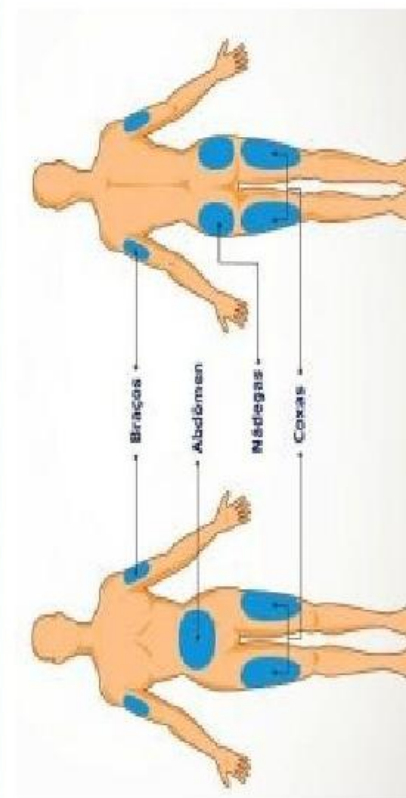


## Onde Injectar

A insulina pode ser injectada na região abdominal, nas coxas, nos braços e nas nádegas.



**Importante:**  
Haver rotação dos locais onde se administra a injeção, evitando a formação de nódulos.





APÊNDICE IX – Folheto de Cuidado com os pés

## Roupa e calçado

- Use calçado fechado, sem costura interna, com a parte da frente larga e alta.



- Não usar sapatos novos o dia inteiro. Comece por usá-los em curtos períodos de tempo.



- Utilize, de preferência, meias claras para que se possa identificar possíveis feridas.

- Utilize, de preferência, meias sem elástico, ou com elástico fraco para não comprometer a circulação



CUIDE DOS SEUS PÉS

## Contacto

Telefone: 245 301 000  
extensão— 11286

ULSNA+

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPS

Unidade Funcional da  
Diabetes

Diabetes



Cuidados com  
os pés

## Pé Diabético

Complicações provocadas pela diabetes podem levar à perda de sensibilidade nos pés. Havendo falta de cuidados pode mesmo levar à amputação.



## Cuidados a ter

- Recomenda-se que observe o seus pés pelo menos uma vez por dia, de preferência no final do dia, quando se descalçam



- A lavagem dos pés deve ser realizada diariamente, de preferência no final do dia. O ideal é que seja feita em água tépida e corrente



- A secagem dos pés deve ser feita com uma toalha, de preferência clara e de algodão. Não seque os pés com secador, pode causar queimaduras



- Enxugue bem o espaço entre os dedos, após lavar os pés para evitar o surgimento de fissuras

- Hidrate os seus pés, tendo em atenção para não deixar creme entre os dedos ou em feridas.



- Nunca tente tirar calosidades sem ajuda especializada



- Utilize protetor solar nos pés se estes andarem expostos à luz solar



- As unhas devem ser cortadas com tesoura de bico redondo ou limadas.

## APÊNDICE X – Folheto se alimentação



Evitar/Moderar:

- Bebidas alcóolicas (beber 2 copos de vinho ou 2 cervejas, acompanhado por hidratos de carbono. Reduzir para metade no caso das mulheres.)



## Hidratos de Carbono

Inclua Hidratos de Carbono em todas as refeições, mas em quantidades moderadas



Tanto a quantidade como o tipo de hidratos de carbono são fundamentais para o controlo das glicemias.

## EQUIVALÊNCIAS DE HIDRATOS DE CARBONO

	3 bolachitas Maria
	2 bolachitas de água e sal tipo Cream Crackers
	1/2 fatia de pão (25g)
	1/2 porção (25g)
	1/2 porção (25g)
	1/2 porção (25g)
	1 copo de leite (200 a 250 ml)
	1 iogurte líquido sem açúcar (125g)
	2 colheres de gelado sem açúcar (125g)
	1 maçã, 1 pera, 2 laranjas, 14 morangos
	Meia banana

## Contacto

Telefone: 245 301 000  
extensão—11286

**ULSNA+**  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO – EPE

Unidade Funcional da  
Diabetes

Diabetes



Alimentação  
Equivalências



## Alimentação Saudável



Deve incluir:

- 6 refeições durante o dia, evitando estar mais do que 3 horas sem comer



- Pequeno almoço completo e variado



- Uma ceia para que o intervalo sem comer, durante a noite, não seja superior a 9 horas



- Hortaliças, legumes e frutas



- Beber 1.5l de água por dia



- Alimentos com hidratos de carbono de absorção lenta



- Para pequenas refeições acompanhar pão de mistura ou integral, cereais ricos em fibra, tostas com pouca gordura e sal, acompanhadas com leite ou iogurte magro ou uma peça de fruta



Evitar:

- Refrigerantes e bebidas açucaradas



- Alimentos com demasiados açúcares, gorduras e sal



## APÊNDICE XI – Panfleto Exercício físico

## Benefícios

Ajuda a baixar a glicémia pelo aumento do consumo de energia



Aumenta a eficiência da insulina

Ajuda a perder peso e auxilia na manutenção do peso ideal



Reduz o risco de doenças cardiovasculares



## Contacto

Telefone: 245 301 000  
extensão—11286

**ULSNA+**  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO – EPE

**Unidade Funcional da  
Diabetes**

**Diabetes**



**Exercício  
Físico**



## Precauções

Faça exercício acompanhado



Leve pacotes de açúcar e mantenha-se hidratado



Faça exercícios com intensidade moderada



Atenção: A prática do exercício deve iniciada de forma progressiva

## Recomendações

Use sapatilhas adequadas e meias de algodão sem costura (ou com as costuras para fora)



Evite a prática de exercício em horas de muito calor ou muito frio.



Evite usar o carro para fazer pequenos trajectos, ande mais a pé!



Faça exercício entre 4 a 6 vezes por semana (30+60 minutos de cada vez)



Avalie os níveis de açúcar no sangue antes e depois de fazer exercício.



Evite a prática de exercício se os níveis de açúcar no sangue forem superiores a 290 mg/dl.

## **ANEXO**

## ANEXO I – Fases do Planeamento em Saúde

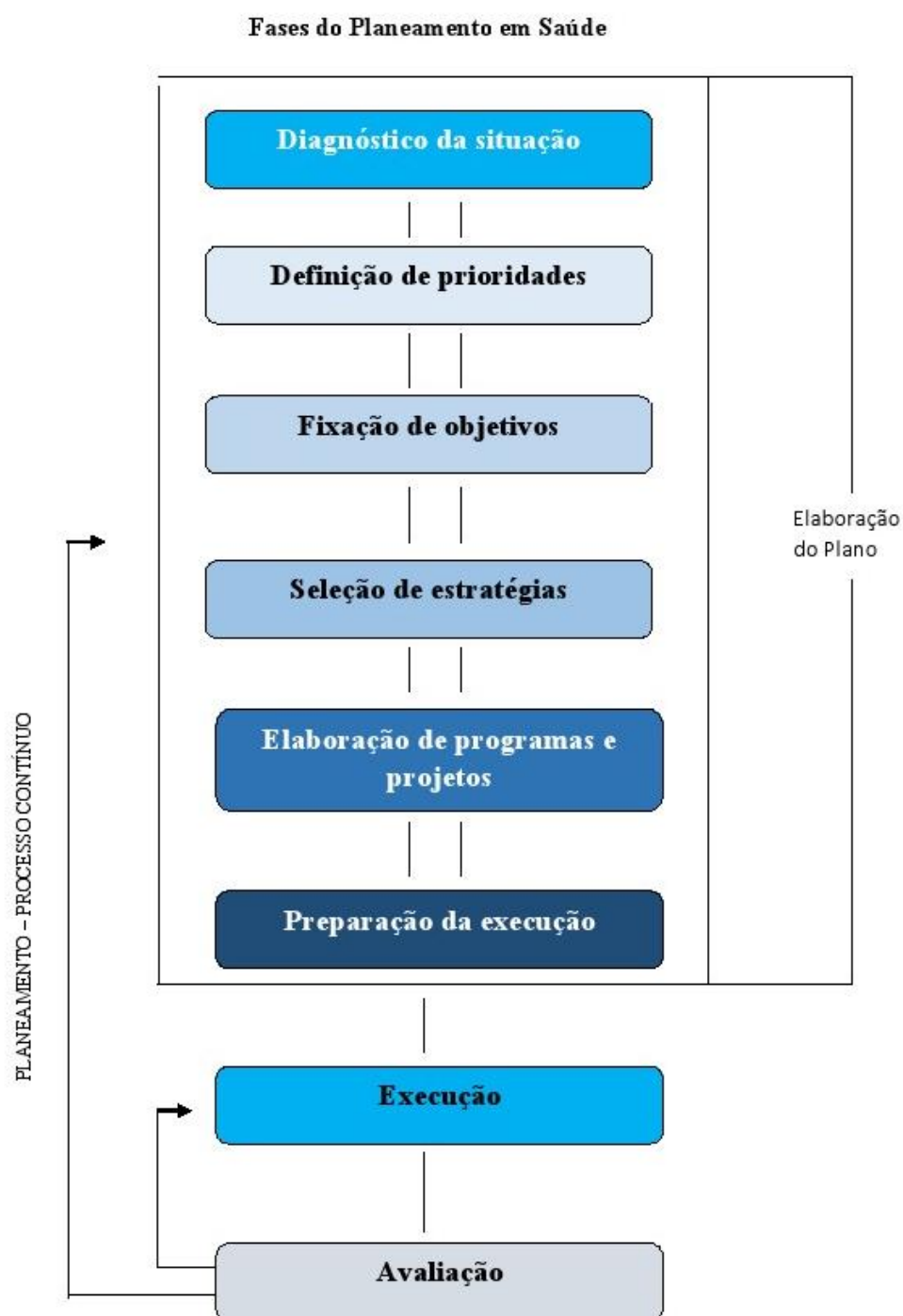


Figura 2 – Principais etapas no processo de planeamento em saúde. Imperatori, Giraldes (1993)

